FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1948

THÈSE 562

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

LAFORET Alfred, Jean

Né le 28 Juin 1921 à Strasbourg

Présentée et soutenue publiquement le 8 Juin 1948

25 JUIN 1948

Les Établissements de Cure Universitaires en Allemagne

Organisation Générale

Activité Médicale dans le Cadre de la Médecine Préventive

Président : Professeur Etienne BERNARD

Imprimerie de Montrouge 1948

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : LAFORET

Prénoms : Alfred, Jean

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

1

LAFORET (Alfred-Jean).
— Les Etablissements de Cure Universitaires en Allemagne. Organisation Générale. Activité Médicale dans le cadre de la Médecine Préventive. —
Imp. de Montrouge, 1948, *in*-8°, 96 *p.*
Th. méd. (Et.), Paris 1948-
N°)

2

LAFORET (Alfred-Jean).
— Les Etablissements de Cure Universitaires en Allemagne. Organisation Générale. Activité Médicale dans le cadre de la Médecine Préventive —
Imp. de Montrouge, 1948, *in*-8°
96 *p.*
Th. méd. (Et.), Paris 1948 -
N°)

3

LAFORET (Alfred-Jean).
— Les Etablissements de Cure Universitaires en Allemagne. Organisation Générale. Activité Médicale dans le cadre de la Médecine Préventive. —
Imp. de Montrouge, 1948, *in*-8°, 96 *p.*
Th. méd. (Et.), Paris 1948 —
N°)

4

LAFORET (Alfred-Jean).
— Les Etablissements de Cure Universitaires en Allemagne. Organisation Générale. Activité Médicale dans le cadre de la Médecine Préventive. —
Imp. de Montrouge, 1948, *in*-8°, 96 *p.*
Th. méd. (Et.), Paris 1948 -
N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : LAFORET

Prénoms : Alfred, Jean

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

1

LAFORET (Alfred-Jean).

— Les Etablissements de Cure Universitaires en Allemagne. Organisation Générale. Activité Médicale dans le cadre de la Médecine Préventive. — Imp. de Montrouge, 1948, in-8°, 96 p.

Th. méd. (Bl.), Paris 1948 - N°)

2

LAFORET (Alfred-Jean).

— Les Etablissements de Cure Universitaires en Allemagne. Organisation Générale. Activité Médicale dans le cadre de la Médecine Préventive. — Imp. de Montrouge, 1948, in-8°, 96 p.

Th. méd. (Bl.), Paris 1948 - N°)

3

LAFORET (Alfred-Jean).

— Les Etablissements de Cure Universitaires en Allemagne. Organisation Générale. Activité Médicale dans le cadre de la Médecine Préventive. — Imp. de Montrouge, 1948, in-8°, 96 p.

Th. méd. (Bl.), Paris 1948 — N°)

4

LAFORET (Alfred-Jean).

— Les Etablissements de Cure Universitaires en Allemagne. Organisation Générale. Activité Médicale dans le cadre de la Médecine Préventive. — Imp. de Montrouge, 1948, in-8°, 96 p.

Th. méd. (Bl.), Paris 1948 - N°)

Les Établissements de Cure Universitaires en Allemagne
Organisation Générale
Activité Médicale
dans le Cadre de la Médecine Préventive

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
Année 1948

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

LAFORET Alfred, Jean

Né le 28 Juin 1921 à Strasbourg

Présentée et soutenue publiquement le 8 Juin 1948

Les Établissements de Cure Universitaires en Allemagne

Organisation Générale

Activité Médicale dans le Cadre de la Médecine Préventive

Président : Professeur Etienne BERNARD

Imprimerie de Montrouge 1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

I. I. 48

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... Léon Binet.
(Membre de l'Institut)

ASSESSEUR ..... Jean Verne.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	Olivier.
Anatomie pathologique	Leroux.
Assistance médico-sociale	N...
Bactériologie	Gastinel.
Biologie médicale	Verne.
Chimie médicale	Polonovski.
Clinique de cardiologie	Donzelot.
Cliniques chirurgicales	Brocq.
	Cadenat.
	Mondor.
	Quénu.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	Leveuf.
Clinique chirurgicale orthopédique	Mathieu.
Clinique gynécologique	Mocquot.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Gougerot.
Clinique des maladies des enfants	Debré (R.).
Clinique des maladies infectieuses	Mollaret.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	Delay.
Clinique des maladies du système nerveux	Alajouanine.
Cliniques médicales	Bénard (H.).
	Laroche.
	Harvier.
	Lian.
Clinique médicale propédeutique	P. Valléry-Radot
Clinique de neuro-chirurgie	Petit-Dutaillis.
Cliniques obstétricales	Lantuéjoul.
	Lévy-Solal.
	Portes.
Clinique ophtalmologique	Velter.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Lemaitre.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Sénèque.
Clinique thérapeutique médicale	Chabrol.
Clinique de la tuberculose	Bernard (Et.).
Clinique urologique	Fey.

	MM.
Embryologie	Giroud.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Pariéty.
Histologie	Champy.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Besançon (Justin)
Hygiène et clinique de la première enfance	Cathala.
Hygiène et médecine préventive	Joannon.
Médecine du travail	Duvoir.
Médecine légale	Piédelièvre.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Brumpt (E.).
Pathologie chirurgicale	N...
Pathologie exotique	Lavier.
Pathologie expérimentale et comparée	Lemaire.
Pathologie médicale	Moreau.
Pathologie et thérapeutique générales	De Gennes.
Pharmacologie et matière médicale	Hazard.
Physiologie	Binet (Léon).
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	Richet.
Puériculture	Lelong.
Radiologie médicale	Desgrez (Henri).
Physique médicale	Strohl.
Technique chirurgicale	Moulonguet.
Thérapeutique	Turpin.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

Dognon (*Physique médicale*), Gaillard (*Parasitologie*), Halphen (*O. R. L.*), Jayle M. (*Chimie médicale*), Mlle J. Lévy (*Pharmacologie*), Olivier (*Anatomie*), Desoille (*Médecine légale*).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	N...
	Delmas.
	N... ff Debeyre.
Anatomie pathologique	Delarue.
	Mlle Gauthier-Villars.
Bactériologie	Bonnet.
	Fasquelle.
Biochimie médicale	Ettori.
	Schapira.
Dermato-Syphiligraphie	Degos.
Histologie	Bulliard.
	Coujard.
	Desclaux.
Hydrologie	Debray.
Hygiène	Boyer.
	Deparis.

	MM.
Neurologie	De Sèze.
Obstétrique	Digonnet.
	Mayer.
	Sureau.
	Varangot.
Ophtalmologie	Offret.
Oto-rhino-laryngologie	Aubin.
Parasitologie	Brumpt, L. C.
Pathologie chirurgicale	Fèvre.
	Hugier.
	Léger.
	Merle d'Aubigné.
	Padovani.
	Patel.
	Roux.
	Rudler.
	Sicard.
Pathologie expérimentale	Merklen.
Pathologie médicale	Brouet.
	Cachera.
	Decourt.
	Dreyfus (Gilbert).
	Fauvert.
	Garcin.
	Hamburger.
	Kourilsky.
	Lamy.
	Lenègre.
	Marchal.
	Mauric.
	Soulié.
Pédiatrie	Laplane.
	Marie (Julien).
Pharmacologie	Cheymol.
Physiologie	Bargeton.
	Parrot.
Physique médicale	Djourno.
Psychiatrie	Baruk.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	Brouet.
Urologie	Couvelaire (R.).

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. Basset (*Pathologie chirurgicale*), Brindeau (*Obstétrique*), Huguenin (*Anatomie pathologique*), Le Lorier (*Obstétrique*), Vaudescal (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	Ameline.
	Basset.
	De Gaudart d'Allaines
	Funck-Brentano.
	Gatellier.
	Ménégaux.
Clinique médicale	Boulin.
	Chevallier.
	Coste.
	Haguenau.
	Mouquin.
Clinique obstétricale	Ecalle.
	Lacomme.
Clinique ophtalmologique	Renard.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Halphen.

V. — CHARGÉS DE COURS

	M.
Radiologie	Ledoux-Lebard.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. Morel.
Secrétaire adjoint	Mlle Chaintreuil.

Bibliothécaire en chef	Docteur A. Hahn.
Bibliothécaires	Mlles Dumaitre,
	Goichon,
	Laurent.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE BERNARD

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique de la Tuberculose

de la Faculté de Médecine de Paris

Médecin à l'Hôpital Laënnec

Hommage de ma respectueuse
et profonde considération.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUADY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Directeur de l'Hygiène Scolaire et Universitaire
Directeur Général de la Fondation
"Sanatorium des Étudiants de France"

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOUSSAUME

Médecin-directeur
des Établissements de cure universitaires Français en Allemagne

qui furent les instigateurs
de ce travail.

Avec ma vive reconnaissance
et mon admiration pour leur œuvre

INTRODUCTION

La thèse de MORNAND sur le Préventorium Universitaire traite assez longuement des modalités de mise en route des trois établissements de cure universitaires français en Allemagne, pour que nous n'ayons pas à y revenir ici. Il nous suffira de rappeler rapidement comment la « Fondation Sanatorium des Etudiants » qui, à partir du Sanatorium de Saint-Hilaire-du-Touvet (1933), organisa tous les établissements de cure des étudiants français, bénéficia de l'un des sanatoriums allemands de la zone française d'occupation pour y soigner les étudiants tuberculeux :

En 1945, grâce à l'intervention de M. PRIGENT, ministre de la Population, le Docteur JOUSSAUME, délégué de la Fondation Sanatorium des Etudiants, obtint du Médecin Général MELNOTTE, directeur du Service de Santé de la 1re Armée, que l'un des établissements réquisitionnés en faveur des prisonniers et déportés politiques devenus tuberculeux, fût mis à la disposition des étudiants.

Ultérieurement, le Préventorium de Menzenschwand et le Sanatorium annexe de Friedenweiler purent être aménagés dans les locaux de deux Kürhaus grâce aux services de la Santé Publique du Gouvernement Militaire, et surtout grâce à l'extrême obligeance de M. l'Administrateur Général LAFFON.

Une convention était passée entre la Fondation et la Croix-Rouge Française, qui gérait ces établissements au titre des hôpitaux auxiliaires de l'armée, dans le cadre de l'organisation des autres sanatoriums militaires français en zone d'occupation.

On a suffisamment insisté ailleurs sur la recrudescence de la tuberculose en France au cours de ces dernières années,

pour qu'il nous semble superflu d'exposer ici les raisons qui ont motivé la création de ces trois maisons de cure pour les étudiants. Mais, par contre, elles nous ont paru recevoir une proportion assez importante de malades dépistés par les Services de Médecine Préventine pour considérer que, sans ce dépistage systématique, elles n'auraient eu aucune raison d'être, et que de ce fait elles présentaient un caractère particulier avec une clientèle assez spéciale.

C'est pourquoi il nous a semblé intéressant d'écrire notre thèse sur l'organisation de ces trois établissements en zone d'occupation française, en y adjoignant une étude sur le dépistage systématique, son rendement et le dépouillement des dossiers de malades dépistés en traitement dans ces maisons. Nous terminerons par un chapitre sur l'activité extra-médicale comprenant un aperçu sur la vie intérieure, l'organisation universitaire et le service social des établissements de cure universitaires français en Allemagne.

CHAPITRE PREMIER

Organisation des Etablissements de Cure universitaires

Les trois maisons de Saint-Blasien, Friedenweiler et Menzenschwand forment un tout homogène, dont nous étudierons le fonctionnement du double point de vue médical et administratif. L'organisation d'ensemble n'étant pas sans défauts, nous en ferons la critique dans un paragraphe spécial, tout en reconnaissant les énormes avantages de ces trois maisons. Mais auparavant, nous aurons décrit chacun des établissements dans son cadre particulier, en passant plus rapidement sur le Préventorium qui a fait l'objet de la thèse de MORNAND.

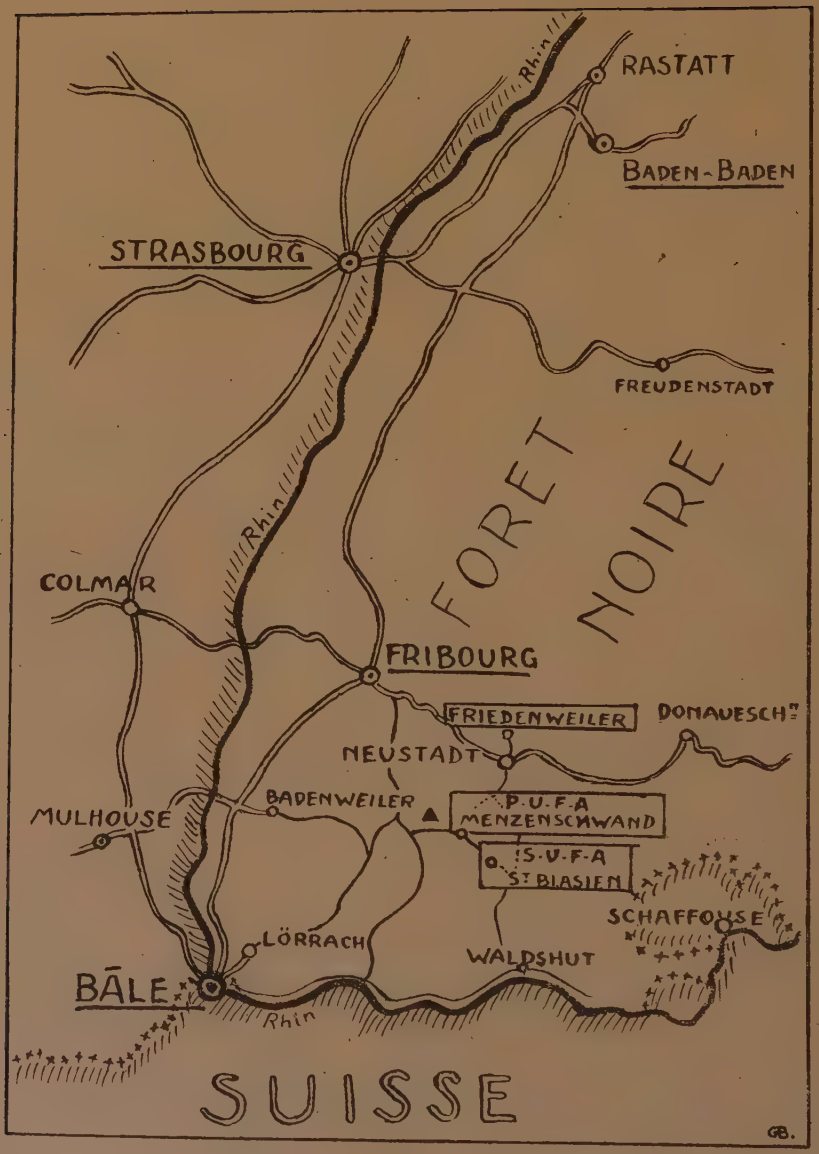
A. — LE SANATORIUM UNIVERSITAIRE DE SAINT-BLASIEN

a) Situation - Accès.

Saint-Blasien est un gros bourg situé à 800 mètres d'altitude, dans la vallée de l'Alb, petit affluent du Rhin, à une distance sensiblement égale de Schaffhouse et de la frontière française, soit environ 50 kilomètres.

On y accède en traversant le sud de la Forêt-Noire à partir de Fribourg-en-Brisgau (65 km.), où siège le Gouvernement Militaire Français pour le Pays de Bade. Le train descend par Neustadt jusqu'à Schluchsee seulement, où il faut prendre la route de Fribourg à Waldshut, qui passe par Saint-Blasien avant de rejoindre les villages qui bordent le Rhin suisse.

La carte donnera d'ailleurs une idée générale de la topographie de la région et de ses rapports avec les frontières française et suisse.



Les Établissements de Cure universitaires
dans le Pays de Bade.

b) Climat.

Le climat est celui d'une station de 800 mètres d'altitude, bien abritée. Les vents dominants du nord-est y sont en effet arrêtés par la chaîne du Feldberg qui domine toute la région avoisinante. La température est régulière, sans sautes brusques, chaude pendant l'été, froide et sèche pendant les mois d'hiver. L'ensoleillement est satisfaisant toute l'année, et la neige, qui commence à tomber au début de décembre, persiste jusqu'au mois de mars, avec plusieurs fontes partielles.

c) Population.

Les origines de Saint-Blasien s'éloignent de la formation générale du bourg : une abbaye en marque la naissance au x^e siècle et permet d'en suivre l'évolution jusqu'au début de notre siècle, époque à laquelle s'ouvrit une ère nouvelle avec la construction des sanatoriums.

En effet, actuellement Saint-Blasien réalise la station de cure dont vit la population : l'important Sanatorium « Alsace », autrefois dirigé par Bacmeister, et le Sanatorium de la Kriegsmarine occupaient une bonne partie des indigènes, tandis que le reste de la population vivait de l'exploitation de quelques maisons de cure privées, ou d'hôtels pour les touristes ou pour les visiteurs des malades hospitalisés.

Les commerçants, les petits artisans et le Pères Jésuites du collège local constituent l'élite de cette population, en grande majorité catholique, dont il est difficile de caractériser l'état de ses rapports avec les Français : tour à tour serviles et voleurs, obséquieux et disciplinés ou plus rarement rebelles, ils sont moins vifs que les Français, ce qui oblige à avoir au Sanatorium un personnel plus nombreux et plus surveillé.

d) Le Sanatorium.

Bâti à flanc de montagne, en dehors de l'agglomération, le Sanatorium est un établissement datant d'une quinzaine d'années environ et contrastant avec les autres Sanatoriums de la station, beaucoup plus vétustes. Mis en chantier par la municipalité, le « Furstabt Gerberthaus » avait été confié à une communauté de religieuses chargée de la gestion. Sa clientèle était privée et le prix de journée était assez élevé.

Les bâtiments comprennent en façade les chambres avec leurs galeries de cure, tandis que les locaux d'exploitation sont en sous-sol ou en annexe, avec un chemin d'accès particulier.

Les soixante-huit lits sont répartis sur trois étages en douze chambres de deux lits, et quarante-cinq à un lit. Toutes

semblables, ces chambres comportent, en plus du lit, une table-bureau, un lavabo individuel avec eau chaude et eau froide, et un double placard-penderie. De larges portes-fenêtres donnent accès sur les galeries de cure collectives (onze places chacune), bien protégées et orientées plein sud, tandis que les double-portes d'entrée isolent les chambres d'un long couloir bien clair et assez large, dont le côté nord est occupé par les W.-C., lavabos collectifs et salles de bains. Il existe deux salles de bains par étage, soit une pour onze malades.

Les **locaux médicaux** sont groupés autour d'un hall d'attente qui donne sur le palier du premier étage par une porte vitrée. Autour de ce hall s'ouvrent successivement :

— La vaste salle de radiologie, avec le poste à quatre kénotrons commandant l'appareil « scopie-graphie » Siemens, à anticathode tournante qui fonctionne sous 70-90 kw. et permet d'excellentes radiographies à 2/10es de seconde; ainsi que le tomographe Siemens, du type statigraphe à ampoule mobile par chute verticale. Il existe aussi un petit poste de radiothérapie que les Allemands possédaient dans chaque établissement pour traiter les tuberculoses ganglionnaires.

— La jolie petite salle d'opération, aux murs recouverts d'un carrelage bleu clair très reposant pour la vue, et équipée d'une table d'opération fort convenable, d'un cyalitique parfait, et, en annexe, de tout un matériel de stérilisation entièrement neuf. Cette salle est, à vrai dire, presque trop bien équipée pour l'usage actuel, puisque toute la chirurgie est faite en France, tandis que seules les sections de brides, phréni-alcoolisations et quelques pleurotomies sont pratiquées sur place.

— La salle d'insufflation avec tous les accessoires indispensables.

— La salle d'oto-rhino-laryngologie où sont faites les bronchoscopies. C'est là aussi que sont pratiquées les quelques séances d'irradiations ultra-violettes, grâce à une ampoule à vapeurs de mercure.

Telle nous apparaît l'installation médicale, simple mais complète et surtout bien groupée et parfaitement pratique.

A l'opposé du service médical, donnant sur la façade, sont réunis côte à côte les bureaux du médecin directeur et du médecin adjoint, séparés par le secrétariat médical. Tout à côté aussi, se trouvent le bureau de l'infirmière-major et la salle de garde des infirmières.

La **salle à manger** se trouve au deuxième étage, au-dessus du service médical. Elle est claire et assez spacieuse pour que les malades puissent y être servis par petites tables,

tandis que les infirmières mangent dans une petite pièce voisine, ce qui leur permet de surveiller les repas. Un vaste office dessert ces deux salles à manger et communique avec la cuisine, d'où les repas sont envoyés par un monte-plat bien équipé.

Au même palier, au-dessus des bureaux des médecins, se trouvent les **deux salons** où les malades peuvent se réunir pendant les heures de loisirs. Ces salles de réunion sont un peu exiguës pour un établissement de 70 malades. C'est la plus grosse critique que l'on puisse adresser à ce joli petit Sanatorium, par ailleurs fort bien conçu. C'est pourquoi, dès son arrivée, le Docteur JOUSSAUME a fait entreprendre la construction, en annexe, d'une vaste salle de spectacle qui contribue largement à égayer le séjour des malades.

Enfin, signalons au troisième étage une chapelle très attrayante par son architecture gothique stylisée, où l'aumônier français officie régulièrement.

Ces trois étages sont reliés par ascenseur, et un vaste escalier éclairé par de grandes baies vitrées. Un escalier de secours se trouve à l'extrémité de chacune des ailes.

Le quatrième étage est réservé aux chambres du personnel, dont plusieurs ont été transformées en **salles d'études** pour les malades : bibliothèque, salle des étudiants en Droit, salle des Lettres et des Sciences. Enfin, dans l'une des pièces se trouve toûte l'installation de la *radiophonie intérieure*, qui permet aux malades alités de profiter des retransmissions radiophoniques extérieures et de participer à la vie intérieure de la maison, en écoutant les émissions organisées par leurs camarades plus valides, les cours et conférences des professeurs de passage, et toutes les nouvelles de la vie intérieure du Sanatorium.

Au rez-de-chaussée, dans l'aile droite, on trouve les bureaux de la gestion, l'appartement de l'infirmière-major, et, légèrement à l'écart, la pharmacie et le laboratoire très clair et bien équipé, avec, à côté, l'installation pour la stérilisation des crachoirs.

L'aile gauche est réservée aux locaux d'exploitation, avec les réserves et la cuisine vaste, aérée et équipée de tous les perfectionnements désirables, tandis que dans les bâtiments annexes se trouvent la buanderie, la blanchisserie, et le logement des infirmières aux étages.

Tel se présente le Sanatorium Universitaire JACQUES-ARNAUD, baptisé du nom du médecin directeur du Sanatorium du Mont-Blanc, fusillé par les Allemands le 9 juillet 1944 « pour avoir refusé de transiger avec les règles de son devoir professionnel ».

Le 13 mai 1946, le Général KOENIG, commandant en chef

de la zone française d'occupation, inaugurait le Sanatorium Universitaire et, devant les médecins et les malades du nouvel établissement, rendait hommage à celui qui avait payé de sa vie son attachement à ses malades et à son pays.

B. — LE SANATORIUM ANNEXE DE FRIEDENWEILER

Ce second établissement n'a été créé que secondairement, à la suite de l'afflux des demandes d'admission en regard du nombre insuffisant des lits de traitement. Tandis que le premier fut réquisitionné par le Service de Santé de l'Armée, lors des premiers mois de l'occupation française, celui-ci fut mis à la disposition de la Fondation Sanatorium des Etudiants en novembre 1946, par les soins du Gouvernement Militaire. Nous verrons, en le décrivant, qu'il s'agit davantage d'un hôtel transformé que d'un véritable sanatorium qu'il eût été impossible de réquisitionner sans porter gravement préjudice à l'organisation sanitaire allemande, déjà amputée de quelque deux mille lits de sanatorium au profit des Français.

Quoi qu'il en soit, ce fut après de multiples démarches, et grâce à la compréhension et à l'autorité personnelle de l'Administrateur Général Laffon, que ce nouvel établissement fut mis à la disposition des étudiants. Le 15 février 1947, il était inauguré par l'Administrateur Général, en présence des autorités du Gouvernement Militaire, de la Croix-Rouge, de l'Université de Strasbourg et de la Fondation Sanatorium des Etudiants.

a) Situation - Accès.

Friedenweiler est un tout petit village caché dans la forêt, à 6 kilomètres de Neustadt, dans le Pays de Bade, légèrement à l'écart de la route qui mène à Donaueschingen (voir plan, page 18). Son altitude est sensiblement la même qu'à Saint-Blasien (850 mètres), dont il est distant de 45 kilomètres environ par la route qui passe par Neustadt et Titisee. Nous verrons que cet éloignement du Sanatorium de Saint-Blasien est un des gros inconvénients de toute l'organisation.

b) Climat.

Le climat est, à peu de chose près, le même qu'à Saint-Blasien. Toutefois, le pays est moins abrité, et sa vallée ouverte au sud laisse passer le « Foehn », redouté des malades qui se plaignent d'insomnies lorsque souffle ce vent du sud.

c) **Population.**

La population, très réduite, est groupée autour de l'église du village et employée dans les deux hôtels de touristes de l'endroit, ainsi que dans les services d'un petit sanatorium d'enfants que les Allemands ont aménagé dans les locaux du cloître attenant à l'église.

L'ensemble de cette population est affable, contrastant avec le caractère plus spécifiquement allemand des propriétaires de l'hôtel, qui dirigent le village.

d) **Le Sanatorium.**

C'est un de ces « Kürhauss » comme il en existe beaucoup dans la région, plus proches de l'organisation hôtelière que de l'installation d'une véritable maison de repos. Il comporte d'ailleurs trois pavillons distincts groupés au milieu du village.

L'ensemble comprend cent lits, par chambres de un, deux ou trois lits, dont l'ameublement un peu rustique n'en est pas moins confortable. Si un certain nombre de ces chambres sont un peu sombres, tournées à flanc de montagne, par contre la majorité d'entre elles sont en façade, orientées plein sud, avec balcon individuel permettant aux malades de faire les cures en chambre et d'éviter les inconvénients d'une galerie de cure construite en annexe. Chaque chambre dispose d'un lavabo à eau courante chaude et froide, tandis que l'on compte une salle de bain par étage, soit environ pour quinze malades.

Le *pavillon central* comprend tous les locaux administratifs et médicaux ; au rez-de-chaussée, à côté des bureaux de la gestion, on trouve la salle à manger du personnel français, attenante à une autre salle réservée aux invités de passage et parents de malades, et communiquant avec la grande salle à manger des malades. Celle-ci, bien éclairée et vaste, est fermée à une extrémité par la scène de spectacle, aménagée selon les plans des étudiants architectes. Tout proche de ces trois salles à manger, l'office communique directement avec la cuisine et ses annexes, qui, pour n'être pas aussi modernes que celles de Saint-Blasien, n'en présentent pas moins toutes les commodités indispensables. Un peu plus loin se trouvent les locaux de la dépense et les réserves. Enfin, de l'autre côté du hall d'entrée, un salon fort agréable, mais peut-être un peu petit, a été transformé en « foyer » où se réunissent les malades.

Au premier étage sont groupés le bureau de l'infirmière-major et celui du médecin résident, qui communique avec le secrétariat médical. De l'autre côté du couloir principal,

on trouve le laboratoire et la pharmacie; et un peu plus loin, le bureau du directeur des études et la bibliothèque, tandis qu'au fond sont logés le vaguemestre et l'assistante sociale.

Le deuxième étage du pavillon central est essentiellement réservé aux malades alités. C'est au milieu de ces chambres que deux pièces ont été transformées pour l'*installation médicale*. La première fait office de salle d'attente, tandis que dans la deuxième, assez vaste, se trouvent le poste de radiographie-scopie (un « Siemens » qui nous donne satisfaction, sans valoir celui de Saint-Blasien) et la table d'insufflation avec le matériel nécessaire. C'est dans cette même salle que se trouve le négatoscope, qui a été construit sur place.

Ce deuxième étage est relié par une allée couverte qui donne de plain-pied avec le rez-de-chaussée du deuxième pavillon, baptisé *Pavillon des Pins*. Celui-ci n'est occupé que par des chambres de malades, avec une salle réservée pour l'infirmière de garde.

Dans le troisième bâtiment, ou *Tanenheim*, sont hospitalisés les malades les plus valides qui, après être passés par les deux premiers, terminent par celui-ci avant leur départ, appréciant ainsi d'une manière concrète les progrès de leur amélioration.

Enfin, signalons pour terminer que c'est au troisième étage que sont aménagées la salle d'architecture, où se réunissent les étudiants en Beaux-Arts, et la salle de droit, où ont lieu une partie des conférences et répétitions organisées par le directeur des études.

L'ensemble ne donne évidemment pas l'impression d'une organisation parfaite : il y a beaucoup trop de recoins sombres et de chambres exiguës pour que l'on puisse considérer cet établissement comme digne d'un service hospitalier parfait; et la division en trois pavillons n'est pas le moindre reproche que l'on ait à faire à cette maison où tout devrait concourir à la centralisation et au maintien facile de la surveillance et de la discipline. Pourtant, le moins que l'on puisse dire est qu'il a été tiré parti du mieux possible des locaux déjà existants, pour les transformer en un centre sanatorial susceptible de rendre service. Nous verrons d'ailleurs plus loin comment, épaulé par la belle installation de Saint-Blasien, le Sanatorium de Friedenweiler a donné toute satisfaction.

C. — LE PRÉVENTORIUM DE MENZENSCHWAND

Nous serons plus brefs sur la descriptif du Préventorium, qui a déjà fait l'objet de la thèse de MORNAND, mais nous tenons à en parler rapidement, car une bonne partie des malades dépistés par la médecine préventive, dont nous parlerons longuement, passe par le Préventorium.

a) Situation - Accès.

Menzenschwand est une petite agglomération de 300 habitants blottie dans la vallée de l'Alb, à 10 kilomètres de Saint-Blasien, au pied du Feldberg (voir page 18). La vallée étant assez large à cet endroit, les promenades y sont nombreuses et faciles.

b) Climat.

L'altitude et le climat sont sensiblement les mêmes qu'à Saint-Blasien, bien que le pays soit un peu moins bien abrité.

c) Population.

Celle-ci est constituée de paysans ou d'artisans qui partagent leur activité entre leurs troupeaux et l'exploitation de vastes forêts de sapins dont ils sont souvent en partie propriétaires. Leur isolement relatif et leur attachement aux traditions locales font d'eux des gens calmes, travailleurs et tranquilles.

d) Le Préventorium.

Bâti à l'extrémité de l'agglomération, il date d'une vingtaine d'années et servait encore, à la fin de cette guerre, de Kürhauss qui recevait les malades de sanatorium, en raison de la pénurie de lits consécutive aux bombardements.

C'est un édifice qui rappelle celui de Friedenweiler, ressemblant plus à un chalet de station de ski qu'à une maison de soins. Cet aspect est dès l'abord agréable aux nouveaux malades lors de leur arrivée.

La maison comprend trois étages. Le rez-de-chaussée, surélevé par rapport au sol, est occupé par les salles d'utilité commune. La salle à manger, spacieuse et claire, est disposée de façon harmonieuse, avec ses murs recouverts de boiseries et ses petites tables réunissant chacune cinq à huit personnes pour les repas.

Symétrique de la salle à manger par rapport au grand hall d'entrée, le salon groupe aux heures de liberté les pensionnaires désireux de se réunir pour jouer aux cartes ou écouter la radio. C'est une grande pièce aux larges baies dont la disposition permet l'installation d'une scène de théâtre assez vaste et facilement démontable.

Outre les pièces dont nous venons de parler, ce rez-de-chaussée comporte encore la cuisine et ses dépendances.

Le premier étage est occupé par les locaux médicaux et administratifs ainsi que par six chambres de malades à deux et trois lits, qui donnent sur une grande galerie de cure. Les deux étages supérieurs sont réservés aux chambres de un à quatre lits, avec chauffage central, lavabo individuel, doubles fenêtres. Seul le second étage dispose d'une galerie de cure identique à celle du premier. Enfin, on compte à chaque étage deux W.-C. et une salle de bain fort confortable.

Notons encore qu'au Préventorium comme dans les deux Sanatoriums, les étudiants disposent d'une bibliothèque, de salles d'études et d'un foyer où ils trouvent tous les objets d'usage courant (papier à lettres, objets de toilette...).

Le *service médical* est situé au premier étage et comprend : le bureau du médecin, qui sert en même temps de secrétariat médical et contient les meubles de classement des archives.

La « salle de pesées », qui communique avec le précédent, sert à l'exécution des prescriptions journalières (tubages, pesées, prises de sang...). Elle est pourvue d'une petite pharmacie avec les médicaments d'usage courant, d'un lit d'examen, d'une bascule et du matériel médical nécessaire.

En face de cette pièce, séparée d'elle par un couloir où peuvent stationner les malades qui attendent leur tour, se trouve la salle de radioscopie. L'appareil est un petit poste portatif du modèle de ceux qui étaient utilisés dans l'armée allemande. Il est nettement moins bon que ceux du même genre que nous utilisons en France; aussi est-il heureusement complété par l'installation radiologique de Saint-Blasien où sont faits tous les examens minutieux et les radiographies.

Pour conclure la présentation du Préventorium, disons que l'installation nous paraît fort suffisante et très confortable, d'autant que la proximité du Sanatorium de Saint-Blasien complète très heureusement le matériel médical, assez médiocre.

D. — LE FONCTIONNEMENT ADMINISTRATIF ET MÉDICAL

Nous avons vu rapidement dans notre introduction comment, au nom de la Fondation, le Docteur Joussaume obtint du Service de Santé de la 1re Armée l'affectation d'un sanatorium pour les étudiants. Il existait par ailleurs une convention entre le Service de Santé Militaire et la Croix-Rouge, qui était chargée de gérer tous les sanatoriums de la 1re Armée. Dans le cadre de cette même convention, la Croix-Rouge gérait

aussi le Sanatorium Universitaire de Saint-Blasien, sur le mode des hôpitaux auxiliaires de l'armée.

a) **La gestion des établissements.**

C'est à ce titre que les trois établissements de cure universitaires bénéficièrent de l'organisation mise sur pied pour les autres sanatoriums militaires et dépendent encore de la « Direction des Sanatoriums de Forêt Noire », organisme mixte Croix-Rouge-Armée. Pendant un an, les maisons universitaires se virent attribuer véhicules, essence et produits pharmaceutiques de l'armée. Depuis quelques mois, l'armée a abandonné cette lourde charge; l'essence est devenue payante, au même titre que la pharmacie. Le ravitaillement est assuré par l'Intendance, contre remboursement, comme pour tous les services français de la zone d'occupation.

Si la Croix-Rouge gère les trois établissements, par contre c'est la Fondation qui est chargée du recouvrement des frais de séjour, dont le prix de journée est fixé par arrêté de l'administrateur général de la zone d'occupation, agissant au même titre qu'un préfet dans son département. Une partie de ce prix de journée est en effet réservée à l'organisation des études pour les malades en traitement : les « Fonds Etudes » sont donc gérés par la Fondation, sous la responsabilité du médecin directeur, tandis que l'autre partie du prix de journée est reversée à la Croix-Rouge.

Ce système apparemment assez complexe s'est révélé à l'usage très satisfaisant, indépendamment des lenteurs habituelles apportées par les collectivités participant au règlement des frais d'hospitalisation.

Du point de vue administratif, la Croix-Rouge décida de scinder la gestion des trois établissements en deux parties : il y a une gestion pour le Sanatorium de Friedenweiler, tandis que le même gestionnaire garde sous sa responsabilité l'administration des maisons de Saint-Blasien et de Menzenschwand.

b) **Le personnel.**

Celui-ci dépend entièrement de la Croix-Rouge, mais les médecins sont proposés à l'agrément de celle-ci par la Fondation et restent soumis au contrôle technique du Docteur Douady, directeur général de la Fondation.

Le Docteur Joussaume est directeur des trois établissements et chargé d'établir les rapports entre la Croix-Rouge, d'une part, et la Fondation, d'autre part. Il est plus spécialement en relation avec le Service des Envois en Cure de l'Enseignement Supérieur, pour assurer le recrutement des malades appelés à bénéficier des nouveaux établissements.

En plus du directeur, il existe un adjoint résidant à Friedenweiler, un autre à Saint-Blasien, et un interne à Menzenschwand.

Les infirmières sont recrutées parmi les équipes de la Croix-Rouge, de même que tout le personnel des services administratifs.

Il convient de signaler, à propos du personnel, les conditions particulières rencontrées par ces établissements en Allemagne : en effet, tout le personnel subalterne (entretien des locaux, cuisine...) étant allemand, les effectifs du personnel français sont très réduits et ne constituent que des cadres. Par ailleurs, ce personnel étant entretenu par les services allemands au titre des frais d'occupation, on trouve là une explication au prix de revient peu élevé de ces établissements. A vrai dire, cette situation est modifiée depuis peu, puisque le personnel allemand est maintenant payé par la gestion des sanatoriums. Mais le coût de la vie n'est pas très élevé en Allemagne, si bien que le prix de revient ne s'en trouve pas beaucoup modifié.

Ajoutons encore, parmi le personnel, le directeur des études et l'assistante sociale. Ni l'un, ni l'autre ne relèvent de la Croix-Rouge, mais du médecin directeur. Le premier, chargé de toute l'organisation des études, est détaché d'un lycée pour établir les liaisons entre les étudiants en traitement et leurs Universités et Facultés respectives. Il conserve son traitement de professeur en activité.

La seconde consacre son temps entre les malades et l'Université de Strasbourg, dont dépendent nos étudiants. Elle est à la fois sous les ordres du médecin directeur et du Comité Strasbourgeois des Œuvres Sociales en faveur des Etudiants. Son traitement est imputé par moitié au fonds des études du sanatorium et au Comité des Œuvres.

c) La Direction.

Le titre et les fonctions de médecin directeur ne seraient pas justifiés dans un sanatorium fonctionnant sur le mode des hôpitaux auxiliaires de l'armée. D'ailleurs, les employés de ces établissements ont un contrat qui les lie à la Croix-Rouge et non au sanatorium, ce qui enlève toute autorité au médecin, qui ne peut être comparé de ce fait au directeur d'un établissement d'hospitalisation privé.

Par contre, la dualité de l'organisation dépendant à la fois de la Croix-Rouge et de la Fondation, et la dispersion de trois établissements qui reçoivent leurs malades d'un même organisme, rendaient nécessaire le groupement de l'ensemble sous une même autorité. Voyons rapidement le rôle du directeur des trois établissements :

1) Rapports avec la Croix-Rouge Française. — Il s'agit

plus exactement de rapports avec la Direction des Sanatoriums de Forêt Noire, qui sont non seulement administratifs (s'adressant d'ailleurs plutôt aux gestions), mais aussi techniques, du fait que le matériel médical et l'approvisionnement pharmaceutique sont envoyés par la Croix-Rouge. Les infirmières, enfin, relèvent de la Croix-Rouge par l'intermédiaire du médecin directeur.

2) Rapports avec la Fondation. — Par l'intermédiaire du Service des Envois en Cure, la Fondation envoie ses malades dans les divers établissements de soins. Il faut donc qu'elle travaille en plein accord avec le médecin directeur pour être constamment au courant des places susceptibles de devenir vacantes et faire admettre les malades dans les moindres délais possibles. En sens inverse, le médecin directeur doit rester en contact étroit avec les services de la Fondation pour transférer ses malades sortants dans les post-cures ou adresser leurs dossiers dans les consultations qui seront appelées à les suivre.

Enfin, la liaison doit être très intime aussi pour organiser le recouvrement des frais de séjour. Ce ne sont pas les gestionnaires qui s'en occupent, mais le secrétariat de la Direction qui tient à jour les prises en charge des malades des trois établissements. Ceci permet les mutations rapides (elles sont fréquentes, ainsi que nous l'avons vu, pour les examens complémentaires pratiqués à Saint-Blasien) et sans complications administratives (le prix de journée étant le même dans les trois maisons) sur simple décision du directeur. En revanche, tout changement dans une prise en charge est immédiatement communiqué à la Fondation, chargée d'envoyer les factures aux collectivités.

3) Rapports universitaires. — Nous avons vu qu'un professeur était officiellement chargé d'organiser les études. Celles-ci ne doivent cependant pas empiéter sur le domaine médical. C'est pourquoi le médecin directeur est appelé à entrer en contact non seulement avec l'Université de Strasbourg, à laquelle les trois maisons sont rattachées, mais encore avec les services culturels, et plus particulièrement avec la Direction de l'Education Publique du Gouvernement Militaire de la zone d'occupation.

De même, l'assistante sociale est appelée à s'occuper de cas sociaux qui relèvent à la fois du Comité Strasbourgeois des Œuvres et du médecin directeur. C'est dire, là encore, la nécessité de rapports fréquents avec l'Université de Strasbourg.

4) Coordination des trois établissements. — Ce n'est pas la moindre tâche du médecin directeur d'avoir à cordonner la marche des trois établissements qui, sans lui, seraient

indépendants les uns des autres. En effet, outre les malades arrivant de France à Saint-Blasien, qui sont triés avant d'être répartis dans chacune des maisons, les transferts d'un établissement à l'autre sont fréquents, ainsi que nous l'avons déjà dit, pour examens complémentaires. Il faut dès lors prévoir les lits disponibles, faire accepter des gestions ces changements d'effectifs souvent urgents et assurer ces transports. Seule une autorité unique pour l'ensemble des trois maisons pouvait assurer la cohésion nécessaire. Le Docteur JOUSSAUME, alliant la jeunesse à la compétence, était tout indiqué pour tenir ce poste important.

E. — CRITIQUE DE L'ORGANISATION

Au terme de cette étude sur l'organisation des établissements de cure universitaires, il convient d'en faire la critique, tout en en reconnaissant les avantages.

1. — Les inconvénients.

En ce qui concerne les locaux tout d'abord, il faut bien reconnaître que ni le Sanatorium de Friedenweiler, ni le Préventorium de Menzenschwand ne constituent des établissements de cure dignes de ce nom. Si l'on peut encore accepter que le Préventorium soit moins bien installé du fait des petits malades qui y sont traités et du fait de la proximité du Sanatorium de Saint-Blasien, les mêmes arguments ne sont plus valables pour Friedenweiler, où sont admis des tuberculeux évolutifs, alors que l'établissement ne comprend aucun des éléments indispensables au traitement des malades graves, et reste distant de plus de 40 kilomètres de Saint-Blasien.

Le second inconvénient réside dans la dispersion des trois maisons et leur éloignement de France. En effet, lorsqu'un malade arrive ou lorsqu'il est à évacuer, il faut assurer un transport automobile de trois ou quatre heures jusqu'à la frontière. C'est là un trajet long et fatigant pour les grands malades, d'autant plus que pendant les mois d'hiver les liaisons sont encore plus difficiles par les routes enneigées et que les moyens de transports mis à la disposition des sanatoriums sont très déficients.

Enfin, une critique est à adresser à la complexité de l'organisation qui oblige à des rapports avec l'armée, le Gouvernement Militaire, la Croix-Rouge, l'Université et la Fondation. Il eût été souhaitable que le sanatorium pût être

totalement indépendant. En fait, sa situation en zone d'occupation obligeait à ces rapports avec des organismes accrédités seuls susceptibles de le faire vivre et durer.

2. — Les remèdes.

Les remèdes à ces trois points de critique nous paraissent résider en partie dans la coordination qu'est susceptible de donner une direction unique : coordination des transports, susceptible de réduire la dispersion; admission des malades graves à Saint-Blasien, établissement modèle, facilitée par la décision d'un seul; enfin, coordination administrative autour d'un responsable de la bonne marche de l'ensemble.

3. — Les avantages.

D'ailleurs, même avec ses défauts, cette organisation présente trop d'avantages pour que l'on puisse la dénigrer :

C'est tout d'abord le prix de revient, particulièrement bas par rapport aux maisons de France. Nous en avons déjà indiqué plus haut les raisons. Signalons rapidement ici qu'après avoir été de 125 francs en janvier 1946, le prix de journée n'est encore, fin 1947, que de 325 francs, alors que la plupart des sanatoriums d'étudiants en France demandent de 8 à 900 francs par jour.

Deuxièmement, le ravitaillement de la zone d'occupation permet d'assurer à nos malades des menus à peu près impossibles à constituer en France sans avoir recours aux marchés illicites. Voici d'ailleurs le type des menus quotidiens :

matin : café au lait, pain, beurre.
10 heures : 1/4 de litre de lait.
midi : soupe ou hors-d'œuvre, viande, légumes, fromage, fruits, entremets ou pâtisserie.
16 heures : café au lait, pain, beurre.
soir : soupe, viande, légumes, fruit ou entremets.

Ce sont là des largesses qui étonnent les malades à leur arrivée et ont les meilleurs effets sur leur état général, souvent déficient.

Enfin et surtout, quand bien même nous n'aurions pas les avantages précédents, le fait de pouvoir faire bénéficier les étudiants français de 250 lits de cure supplémentaires au moment où les services de médecine préventive dépistent tant de nouveaux malades, présente un intérêt tel que nous ne pouvons que craindre d'avoir à quitter ces établissements, alors qu'il est actuellement encore impossible d'envisager la construction de nouveaux sanatoriums en France.

En conclusion, les établissements de cure universitaires français en Allemagne comprennent trois maisons différentes :

a) Le Sanatorium Jacques-Arnaud de Saint-Blasien, parfaitement équipé, qui comprend 70 lits;

b) Le Sanatorium annexe de Friedenweiler (100 lits), aménagé dans les locaux d'un hôtel;

c) Le Préventorium de Menzenschwand (70 lits), aménagé lui aussi dans les locaux d'un hôtel.

Le fonctionnement de l'ensemble est assez complexe puisque, gérés par la Croix-Rouge, ils dépendent aussi de la Fondation Sanatorium des Etudiants, chargée de récupérer les frais de séjour. Assez dispersés et éloignés de la frontière, ils sont rattachés à l'Université de Strasbourg en ce qui concerne l'organisation des études pour les malades en traitement. C'est dire l'importance de la cohésion que doit s'efforcer d'obtenir le médecin directeur de l'ensemble.

Leur principal intérêt réside dans les 240 lits de cure supplémentaires qu'ils représentent, en regard du rendement impressionnant des services de dépistage systématique de la tuberculose.

CHAPITRE II

Le Dépistage systématique universitaire

Nous venons d'étudier l'ensemble de l'organisation administrative et matérielle des établissements de cure universitaires de Forêt Noire, et nous avons signalé au passage les raisons d'être de ces trois maisons, du fait de l'augmentation de la morbidité tuberculeuse. Celle-ci est suffisamment connue et ses causes ont été suffisamment étudiées ailleurs pour qu'il nous paraisse superflu d'y revenir ici.

Toutefois, un assez grand nombre des malades appelés à bénéficier de ces établissements y ont été envoyés après une visite de dépistage radiologique systématique de la médecine préventive universitaire, pour qu'il nous ait semblé intéressant d'étudier l'activité médicale des Sanatoriums et du Préventorium Universitaires, sous l'angle du dépistage systématique.

C'est à ce titre que nous avons spécialement interrogé les étudiants en traitement, sur les conditions dans lesquelles leur tuberculose avait été dépistée. Nous avons pu nous rendre compte que, si certains dépistages sont bien faits et rendent réellement service au malade qui s'ignore, par contre d'autres examens systématiques sont mal faits, ou négligés, ou apportent une fausse sécurité et deviennent de ce fait plus préjudiciables qu'utiles.

C'est pourquoi, aidé de l'avis du Docteur Joussaume, qui a contribué à organiser le service de médecine préventive de la Cité Universitaire de Paris, sous la direction du Docteur Lacourbe, nous allons tout d'abord étudier le dépistage systématique du double point de vue administratif et technique, et nous terminerons ce chapitre en citant quelques chiffres au sujet du rendement.

A. — ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Les examens radiologiques de dépistage systématique de la tuberculose chez les étudiants entre dans le cadre de la médecine préventive, organisée par la Direction de l'Hygiène

Scolaire et Universitaire au Ministère de l'Education Nationale. Nous citerons donc rapidement les différents décrets ministériels ayant jeté les bases de la médecine préventive, pour terminer sous ce chapitre par quelques mots de détails sur l'organisation pratique.

a) **Réglementation et organisation générale.**

L'ordonnance du 18 octobre 1945 constitue la charte de la médecine préventive et porte obligation du contrôle médical à tous les degrés de l'enseignement.

Le premier en date des décrets d'application de cette ordonnance organise la médecine préventive universitaire : c'est le décret du 11 avril 1946. Il précise et renforce le caractère obligatoire des visites de médecine préventive, qui n'existait naguère que jusqu'à l'âge de 30 ans; l'obligation est maintenant étendue à tous. Les sanctions applicables aux étudiants défaillants sont également précisées et renforcées.

Les Services de Médecine Préventive sont placés sous l'autorité générale des doyens de Facultés de Médecine (ou des directeurs d'Ecoles de Médecine) et sous le contrôle d'un Comité de Médecine Préventive de l'Enseignement Supérieur, qui se réunit dans chaque Université.

Le travail se fait sous l'autorité immédiate des médecins directeurs techniques, qui sont responsables devant les doyens des Facultés de Médecine et les Comités. Les médecins directeurs techniques ont été nommés, sur proposition des recteurs intéressés, par un arrêté ministériel du 21 novembre 1946, pour les vingt-six services correspondants à des Universités ou à des parties d'Universités : c'est ainsi qu'à Paris fonctionnent, séparément, le service Lettres-Sciences (13, rue du Four), le service Droit (au pavillon médical de la Cité Universitaire) et le service Médecine-Pharmacie (63, rue Vaneau). Cet éclatement du service unique qui existait antérieurement a facilité notablement le contrôle médical, qui porte sur plus de 30.000 inscrits.

b) **Financement.**

Un décret du 12 septembre 1946 fixe les quotes-parts respectives de l'étudiant (cotisation de 100 francs par an) et de l'Etat (subvention de 75 francs par an et par étudiant examiné). L'utilisation de ces sommes est répartie en honoraires médicaux, rémunération des auxiliaires du médecin, frais de service social et frais généraux. Une somme de 10 francs par étudiant va au Comité local des Œuvres sociales en faveur de la Jeunesse scolaire et universitaire, pour favoriser les initiatives d'ordre médico-social.

c) Fonctionnement des services.

C'est dans le décret du 11 avril 1946 et dans une circulaire ministérielle d'application, fort détaillée, en date du 15 novembre 1946, que les Services de Médecine Préventive de l'Enseignement Supérieur peuvent trouver des directives unifiées pour le fonctionnement des examens médicaux. Alors que, dans les débuts du Service, on se bornait pratiquement au dépistage de la tuberculose, la visite doit comprendre dorénavant :

— un examen clinique général,
— un examen radiologique des poumons,
— une réaction tuberculinique,
— des examens complémentaires s'il y a lieu.

A Paris, en raison du grand nombre de sujets à examiner, certaines parties de l'interrogatoire qui ne donnaient pas de renseignements valables (par exemple, les antécédents familiaux et personnels) ont été supprimées; par contre, on a perfectionné les techniques en pratiquant des prises de sang systématiques pour le dépistage des maladies vénériennes.

d) Du point de vue pratique.

Les examens radiologiques systématiques n'ont d'intérêt que si tous les membres d'une même collectivité sont vus sans exception, et si, techniquement, ce dépistage est parfait.

L'obligation. — Il faut examiner tous les sujets sans exception, car ce sont les négligents qu'il y a intérêt à passer à l'écran systématiquement, ceux que n'alertent pas les menus symptômes d'un début de tuberculose. A l'inverse, il y a moins de chance de découvrir une tuberculose à l'examen systématique d'un sujet soucieux, qui consulte son médecin ou va au dispensaire à chaque fois que la moindre infection saisonnière ou le plus bénin symptôme lui en offre le prétexte. Celui-ci ne manquera pas de profiter de l'examen systématique pour se faire examiner à nouveau; celui-là tentera d'éviter une visite médicale qui l'ennuie.

La sanction. — Comme nous l'avons vu, les circulaires ministérielles prévoient des sanctions contre ceux qui tenteraient d'enfreindre cette obligation. Les secrétariats de Facultés doivent refuser l'admission aux examens de fin d'année pour les étudiants dont la carte n'a pas été apostillée par le service de médecine préventive.

En fait, l'application des sanctions reste souvent purement virtuelle. La menace latente n'en provoque pas moins un afflux d'étudiants retardataires, et généralement un embouteillage des services, au mois de mars, avant la période des examens. D'ailleurs, mieux que des sanctions qui suscitent

souvent des rébellions dans l'esprit estudiantin, toujours jaloux de son indépendance, nous pensons qu'une organisation parfaite est susceptible de rallier les négligents et de leur faire comprendre l'intérêt de ces examens systématiques.

Pour cela, trois principes fondamentaux doivent constituer le souci constant du directeur technique du Centre de médecine préventive :

— Minimum de perte de temps;
— examen aussi peu rébarbatif que possible,
— propagande intelligente.

Voyons dans quelles conditions on peut appliquer ces principes.

La convocation. — Celle-ci doit être individuelle et adaptée à chaque cas, de manière à déranger le moins possible. En ce qui concerne les étudiants en Droit, dont la liste et les adresses sont relevées au secrétariat de la Faculté (encore faut-il que les dossiers des secrétariats soient correctement tenus), les convocation leur sont adressées dix jours avant la date prévue. Elles font mention des heures d'ouverture du service (de 14 à 21 heures) et proposent à l'intéressé d'indiquer le jour de la semaine qui lui convient le mieux, pour le cas où il ne serait pas libre à la date fixée par la première convocation. Enfin, ceux qui n'ont pas répondu une première fois sont l'objet d'une deuxième convocation à la fin du deuxième trimestre.

Les *modalités de l'organisation* doivent permettre d'appliquer les principes énoncés plus haut : le lieu de l'examen doit être aussi peu éloigné que possible de la Faculté, de manière à ne faire perdre que le minimum de temps aux étudiants convoqués à la sortie de leurs cours. Le service lui-même sera organisé dans des locaux spéciaux, où les étudiants se trouveront « chez eux », de préférence à l'hôpital ou au dispensaire toujours entachés de préjugés défavorables. C'est à ce titre que nous considérons que les examens doivent avoir lieu dans le cadre corporatif, c'est-à-dire par Faculté, en évitant de convoquer dans une même séance les étudiants de Droit et ceux des Beaux-Arts, par exemple. Ces quelques précautions permettront de créer une ambiance de camaraderie qui rendra l'examen plus sympathique aux intéressés et feront que les hésitants et les récalcitrants se laisseront entraîner par leurs voisins à la sortie d'un cours.

Au cours de l'examen lui-même, il faut multiplier les contacts entre le personnel chargé du service et les intéressés. C'est pourquoi celui-là devra non seulement être affable et prévenant, mais encore susceptible de répondre à toute question, technique ou non, posée par les étudiants. Nous verrons

plus loin qu'à la Cité Universitaire, un orienteur accueille les nouveaux arrivants et les dirige vers les locaux où ils doivent se rendre, en leur donnant des indications sur les examens qu'ils subiront. Ce même souci de contact direct nous donnera tout à l'heure un argument de plus en faveur de la radioscopie contre la radio-photo : la réponse immédiate transmise aux étudiants leur donne l'impression que l'examen n'a pas été inutile, puisqu'il est sanctionné par un résultat.

Ainsi, les sujets examinés ne considéreront pas les examens systématiques comme une visite hâtive et négligée rappelant un conseil de révision anonyme, mais, au contraire, ils contribueront à faire apprécier les Services de Médecine Préventive.

La *propagande* reste, en effet, à nos yeux, le meilleur principe susceptible d'amener les hésitants à se faire examiner : ceux qui sont déjà passés par un service bien organisé entraîneront leurs camarades à répondre aux convocations puisqu'ils auront compris l'intérêt de ces examens. Mais les meilleurs propagandistes seront encore les « anciens dépistés » qui, guéris, feront savoir autour d'eux le service qu'on leur a rendu. C'est pourquoi il est bon d'en prendre quelques-uns dans le personnel du service : les quelques vacations qu'ils sont ainsi susceptibles de gagner aident toujours les étudiants nécessiteux, et, en retour, ceux-ci s'intéressent à un service qui est un peu le leur.

Ajoutons encore que les salles d'attente du service doivent être tapissées de schémas, courbes et slogans indiquant le rendement et l'intérêt des examens systématiques. Cette propagande suscite les commentaires des étudiants pendant les quelques instants précédant leur examen et contribue à leur faire connaître l'organisation.

B. — ORGANISATION TECHNIQUE

Nous prendrons pour type l'organisation de la Cité Universitaire, qui nous paraît réaliser le modèle du genre, puisque ses locaux, son personnel et son installation matérielle permettent de passer à l'examen systématique, pendant les cinq premiers mois de l'année universitaire, la moitié de la population estudiantine de Paris, soit environ 15.000 ressortissants du Droit, des Sciences Politiques, du Conservatoire, et tous ceux qui logent dans les pavillons de la Cité. Ces examens ont lieu cinq après-midi par semaine, de 14 à 21 heures, avec un débit de 80 sujets par heure.

Nous étudierons l'ensemble sous quatre rubriques différentes comprenant :

1) Le personnel, avec le rôle de chacun;

2) Les locaux et leur distribution;

3) Les problèmes spécifiques du dépistage systématique de la tuberculose, c'est-à-dire l'interrogatoire, les réactions tuberculiniques et l'étude comparée de la radioscopie et de la radio-photo;

4) Les conséquences du dépistage, où nous verrons la nécessité absolue d'une liaison intime entre le service de dépistage et les organismes chargés d'établir le bilan et de prendre les décisions de soins.

1) **Le personnel.**

Le Centre de Médecine Préventive est placé sous l'autorité du directeur technique. C'est un médecin qui est responsable de toute l'organisation administrative et technique de son Centre. Nous avons déjà vu qu'il dépend du doyen de la Faculté de Médecine et qu'il est contrôlé par le Comité de Médecine Préventive de l'Enseignement Supérieur, qui se réunit dans chaque Université.

Les médecins examinateurs sont recrutés par le directeur technique, après avis favorable du Comité de Médecine préventive.

Le reste du personnel comprend :

a) Cinq étudiants en médecine dont le travail est réparti en :

- — pratique des intradermo-réactions,
- — lecture des intradermo-réactions,
- — prises de sang pour le B.W.,
- — pesée et mensurations,
- — secrétariat médical pour le compte rendu des examens radioscopiques;

b) Une infirmière chargée de l'entretien du matériel;

c) Une assistante sociale qui reçoit les étudiants à la fin de la visite, tamponne les cartes universitaires et conseille les malades dépistés;

d) Un orienteur qui accueille et dirige les étudiants dans le service;

e) Une gardienne du vestiaire;

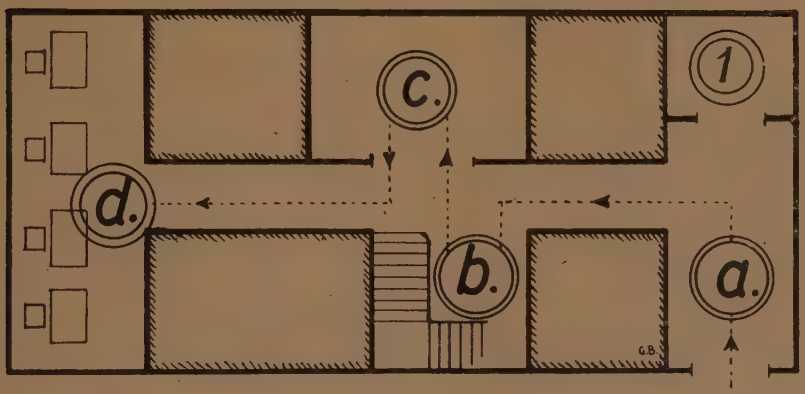
f) Deux secrétaires chargées des convocations et des liaisons avec les secrétariats de Faculté et le Comité de Médecine Préventive.

Tout ce personnel travaille par vacations d'une heure ou plus. Seules l'assistante sociale et les secrétaires sont occupées à temps plein et reçoivent un traitement fixe.

2) **Les locaux - Le fonctionnement pratique.**

Ceux-ci doivent être vastes et aérés, étant donné le nombre important de personnes appelées à y séjourner : il faut éviter à tout prix l'encombrement du service et permettre la circulation facile des deux courants d'étudiants convoqués, les uns pour les mensurations et la pratique des intradermoréactions, les autres pour la lecture des réactions tuberculiniques et la radioscopie.

Mieux qu'une description, les deux plans ci-après permettront de se rendre compte de chacun des circuits suivis par les étudiants.



Plan du Service de Médecine préventive de la Cité universitaire.

Rez-de-chaussée :

a- - Entrée- - Orienteur.
b. - Vestiaire
c. - Salle d'attente.
d, - Examen stomatologique.
l. - Secrétariat de la Médecine préventive.

Dès son arrivée, le nouveau venu est accueilli par l'*orienteur*, qui le conseille et le dirige vers la salle qui lui est assignée suivant le circuit dont il fait partie. Son rôle est essentiel, puisqu'il règle le débit selon le rythme auquel travaillent les médecins examinateurs.

Après s'être débarrassé au *vestiaire* (b) des livres et vêtements encombrants, l'étudiant, muni d'un numéro d'ordre qui lui est délivré par l'orienteur, patientera dans la *salle d'attente* (c), tapissée de schémas et statistiques de la médecine préventive. Tables et chaises en nombre suffisant sont indispensables pour ceux qui veulent relire un cours ou prendre quelques notes en attendant leur tour. C'est ici encore qu'à la Cité Universitaire avait été installé pendant un certain temps un haut-parleur qui diffusait tour à tour les ordres de l'orienteur, des notions sur le rendement des examens

systématiques ou l'interprétation des réactions tuberculiniques, et même quelques disques de musique classique... Il ne faut pas considérer cela comme un luxe sans intérêt, mais, au contraire, comme l'utilisation de moyens de propagande moderne, aidant à rendre un service complet et attrayant pour ceux qui en sont les bénéficiaires.

Appelé par son numéro d'ordre, l'intéressé passe bientôt dans la salle suivante (d) : c'est là qu'avait lieu l'interrogatoire pendant les premières années du dépistage systématique. Nous verrons plus loin pourquoi il a été supprimé. Il est remplacé depuis un an par une *visite stomatologique* pratiquée par des étudiants de l'Ecole dentaire sous la direction de leur professeur. Cinq installations fonctionnent concurremment dans la même salle et permettent de conseiller les étudiants à la denture déficiente. A partir de cette année, les sujets dépistés pourront venir dans le même service, bénéficier des soins gratuits qui leur auront été conseillés à la visite de médecine préventive.

Puis, montant au premier étage, (voir schéma p. 41), les étudiants retrouvent une salle d'attente (e) qui comprend, à droite et à gauche, une série de déshabilloirs à double issue.

Le côté droit est réservé à la seconde visite; nous en reparlerons tout à l'heure.

Le côté gauche ouvre sur la salle des pesées (f). Là, l'étudiant, torse nu, passe successivement devant les quatre jeunes médecins qui pratiquent

— une intradermo-réaction,
— la pesée,
— la mensuration (hauteur et périmètre thoracique),
— la prise de sang (B.W.).

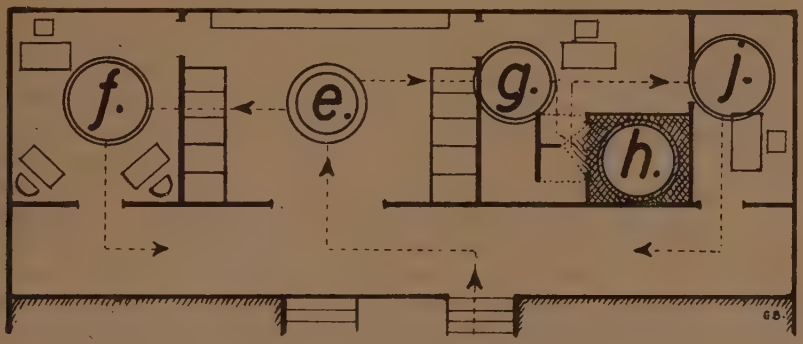
Ces quatre examens terminés, l'intéressé repasse par le déshabilloir avant de quitter le service, où il reviendra deux jours après.

Cette fois-ci, il monte directement à la salle d'attente du premier étage (e) d'où il sort par les déshabilloirs du côté droit, pour passer à la lecture des réactions tuberculiniques (g), notées par un étudiant en médecine sur la fiche individuelle (mais anonyme) qui suit tout étudiant dès son entrée dans le service.

Enfin, a lieu l'*examen radioscopique* (h) : Les sujets n'entrent qu'un à un dans la salle d'examen par un *système de chicane à sens unique* grâce auquel ils défilent derrière l'écran sans perte de temps. Le fait d'avoir dans la salle un seul sujet à la fois, permet de lui rendre compte immédiatement du résultat de l'examen (nous verrons plus loin l'importance de ce contact personnel), tout en conservant la discrétion

nécessaire au secret professionnel. Enfin, le secrétaire médical prend les comptes rendus au cours même de l'examen, travaillant dans un petit box, dont la lumière voilée ne gêne nullement l'examinateur, qui reste ainsi constamment accommodé.

Aussitôt après, l'étudiant regagne son déshabilloir, avant de terminer par le bureau de l'assistante sociale. Celle-ci tamponne les cartes universitaires qui feront foi devant le secrétariat de la Faculté de la visite de médecine préventive subie par l'étudiant, lorsque celui-ci voudra se présenter aux examens universitaires de fin d'année. Mais son rôle est surtout capital vis-à-vis des nouveaux dépistés, qu'elle conseille et qu'elle oriente vers les consultations ou les dispensaires qui prendront en charge le nouveau malade.



Plan du Service de Médecine préventive de la Cité universitaire.
Premier étage :

e. - Salle d'attente.
f. - Salle d'examen
Intra-dermo ;
Mensuration.
g. - Lecture des réactions tuberculiniques.
h. - Radio-copie.
j. - Assistante sociale.

Nous reprendrons en détail, dans un chapitre spécial, l'étude de ce point essentiel du dépistage qui consiste à ne pas « perdre » un sujet dépisté. A ce point de vue, le service de la Cité Universitaire présente l'énorme avantage de pouvoir reconvoquer sur place les malades ainsi découverts, pour leur faire tous les examens complémentaires indispensables au bilan, et même les hospitaliser en cas de besoin.

3) Problèmes spécifiques du Dépistage.

a) L'*interrogatoire* a été abandonné, avons-nous déjà dit. En effet, les renseignements que l'on en tirait étaient très souvent entachés d'erreurs, dues aux indications évasives ou fausses données par les intéressés dans leurs réponses, trop rapides au cours de cet examen succinct. En outre, il faut

bien reconnaître que, même exacts, ces renseignements n'avaient que peu d'intérêt pour un dépistage : si le sujet interrogé était reconnu indemne à l'examen radiologique, les antécédents n'étaient d'aucune utilité; et s'il était reconnu malade, les examens ultérieurs plus précis pouvaient toujours fournir les indications nécessaires sur l'étiologie et un contage éventuel. C'est donc à juste titre, nous semble-t-il, que cette partie de l'examen a été supprimée.

b) On a beaucoup discuté sur l'intérêt de la *recherche de l'allergie* au cours des examens de médecine préventive.

Ceux qui y sont opposés prétendent que, par un seul examen de médecine préventive annuel, on a bien peu de chances de saisir le virage des réactions au moment même de l'apparition de l'allergie. De plus, il y a peu d'intérêt à constater un simple virage, alors que si l'atteinte pulmonaire existe, elle sera découverte par l'examen radiologique. Enfin, en admettant même que l'on veuille faire une simple mise au point de l'état de la sensibilité des sujets, les causes d'erreur sont trop nombreuses pour que l'on puisse tenir compte des examens pratiqués hâtivement dans un service de médecine préventive. La cuti-réaction est mal faite, parce que, rapidement pratiquée, elle est souvent trop superficielle ou trop profonde; et surtout parce que le sujet met trop de hâte à se rhabiller, avant que la goutte de tuberculine soit séchée. On sait, en effet, que certains taux de réactions positives anormalement bas, n'ont pas d'autres raisons que celles-là.

D'autre part, les sujets examinés n'ont le plus souvent aucune notion des résultats de leurs cuti-réactions antérieures, de sorte qu'on ne possède aucun point de comparaison pour juger d'un virage éventuel.

Enfin, ne lire le résultat qu'à la 48e heure, ne permet pas de tenir compte des réactions retardées, et risque de faire compter comme négatives, des réactions qui sont en fait positives. Il faudrait reconvoquer les sujets au 3e et au 4e jours, ce qui est impossible à demander à des étudiants déjà dérangés deux fois dans leurs occupations.

A ces arguments, nous répondrons, avec ceux qui sont partisans de contrôler les réactions des sujets à la médecine préventive que, même si on ne constate pas le virage des réactions au moment même où il se produit, il y a toujours intérêt à conseiller, au sujet devenu allergique en cours d'année, sinon le repos systématique, du moins une surveillance radiologique répétée, susceptible de dépister des images ganglionnaires ou pulmonaires retardées par rapport aux réactions cutanées. De toute façon d'ailleurs, la simple mise au point nous paraît indispensable pour pouvoir comparer les résultats d'une année sur l'autre et maintenir une surveillance sérieuse

de l'allergie de sujets jeunes en état de réceptivité, alors qu'ils sont souvent transplantés et mènent une vie fréquemment déréglée et fatigante; enfin et surtout, pour conseiller la vaccination par le B.C.G. à ceux qui, encore anergiques, sont appelés à subir le contact de bacillaires.

On peut effectivement faire le reproche aux services de médecine préventive, de ne lire les intradermo-réactions qu'à la 48e heure. Mais, on sait d'une part que les réactions retardées sont beaucoup plus rares avec les intradermo-réactions qu'avec les cuti, et d'autre part, qu'elles sont assez rares pour que le risque d'erreur soit minime. Enfin, les conséquences ne sont pas très graves puisqu'on est tout au plus amené de ce fait, à conseiller à un sujet considéré à tort comme non allergique, de se faire surveiller par de nouvelles réactions tuberculiniques. En admettant même qu'on lui conseille la vaccination au B.C.G., il est bien entendu que sa sensibilité sera à nouveau vérifiée avant de pratiquer le vaccin, de sorte que l'on s'apercevra à temps, que c'est par erreur qu'il a été jugé comme non allergique.

Il est exact que de nombreux sujets ignorent les résultats des réactions antérieurement pratiquées. On entend souvent répondre que la cuti-réaction était « bonne », sans pouvoir savoir si elle était positive ou négative. Raison de plus, dirons-nous, pour noter une bonne fois la réponse du test tuberculinique, de manière à pouvoir mettre en évidence un virage éventuel lors des examens ultérieurs de médecine préventive. Mais surtout, occasion unique pour expliquer et faire comprendre l'intérêt de ces recherches : Pour être intelligent, l'examen systématique doit être rendu intelligible à l'intéressé susceptible d'en tirer profit. C'est desservir le sujet, et ne pas comprendre la médecine préventive, que de laisser partir un étudiant sans lui avoir expliqué que sa réaction ayant viré, il avait à se faire surveiller radiologiquement malgré l'absence actuelle d'image pulmonaire.

L'observation suivante illustre parfaitement les déficiences d'un service de médecine préventive et les conséquences qui peuvent s'ensuivre.

Groï Robert, étudiant en droit :

1945 : examen systématique : I.T.N. - Cuti = —
1946 : » I.T.N. - Cuti = —
Juin 47 : » I.T.N. - Cuti = +

On ne lui donne aucun conseil, ni aucune explication.

Août 47 : scopie avant d'entrer dans une administration : « Adénopathie hilaire gauche avec nodules flous au 1/3 moyen ».

Février 48 : entre au Préventorium universitaire. Scopie : Les nodules sont d'homogénéité douteuse ». Tubage positif.

Ainsi, non seulement le service de médecine préventive n'a pas tenu compte d'un virage de cuti-réaction, mais n'en ayant pas averti l'intéressé, celui-ci a continué à travailler sans surveillance. Ce n'est qu'un examen purement fortuit qui a permis de découvrir une primo-infection déjà grave, évoluant rapidement vers la tuberculose tertiaire.

Une simple déficience d'un service de médecine préventive peut avoir pour conséquence une action à contre-sens et contribuer à aggraver l'état d'un malade!

En résumé, il nous semble assez important de connaître l'état de la sensibilité tuberculinique de sujets à l'âge phtisiogène, pour que les inconvénients de la cuti-réaction soient éliminés au profit des avantages incontestables de l'intradermo-réaction dans la pratique courante des examens de médecine préventive, à condition d'en bien faire connaître les résultats et leurs conséquences aux intéressés.

c) L'*examen radiologique*. — La discussion n'est pas moins vive en ce qui concerne le procédé radiologique à employer en médecine préventive : Radiophoto ou Radioscopie?

La première a en sa faveur la rapidité du procédé, qui permet un débit important, sans fatigue pour le médecin qui interprétera les clichés à tête reposée. Le personnel nécessaire comprend tout juste un opérateur qui peut être mis facilement au courant de la manœuvre de prise des clichés. Enfin, le micro-film constitue un document qui reste au dossier du sujet et peut être consulté en cas de besoin.

A ces arguments nous répondrons que les films sont (en France au moins) bien souvent mauvais et peu lisibles; et qu'à vouloir faire trop vite, l'opérateur oublie de centrer convenablement son sujet, dont le film peut ne pas être pris de face (on a trop vanté le centrage automatique). De plus, la radiophoto ne donnera jamais qu'une image statique de la cage thoracique, avec des angles morts, non explorés, retro-cardiaque, retro-claviculaire ou retro-costal. Or, on sait combien le petit module flou, isolé (qu'il y a particulièrement intérêt à dépister parce qu'il représente le tout début de la maladie), peut être facilement masqué par l'image d'une côte par exemple.

Enfin, le plus gros reproche que nous ayons à faire à la radiophoto, est constitué par le manque de contact direct entre malade et médecin, auquel ce mode de dépistage oblige par définition : En effet, nous avons dit au début de cette étude que l'intérêt des examens systématiques était d'obliger les sujets négligents à se faire examiner. Si donc le médecin n'est pas là pour expliquer lui-même, de vive voix, et avec autant de conviction que possible, l'intérêt et l'importance

des découvertes qui viennent d'être faites, le nouveau malade négligera le compte rendu radiologique, comme il négligeait les premiers symptômes de la maladie. De plus, non seulement ce contact n'existe pas à la radiophoto, mais trop souvent les comptes rendus tardent à arriver à l'intéressé, qui n'y attache plus aucun intérêt... à moins que la maladie ayant évolué entre temps, il soit déjà hospitalisé au sanatorium quand lui arrive le résultat de son dépistage!

d) La *radioscopie* présente, elle aussi, certains inconvénients : c'est un procédé lent qui « débite » moins rapidement et immobilise, dit-on, plus de personnel que la radiophoto. Le médecin qui est obligé de se déplacer jusqu'au Centre de médecine préventive, ne peut poursuivre le rythme des examens plus de deux heures consécutives. C'est dire les difficultés rencontrées pour trouver d'assez nombreux spécialistes pour assurer la permanence du service. Enfin, la radioscopie ne permet pas de conserver les documents du dépistage.

En fait, la plupart de ces arguments nous paraissent réfutables. Un bon médecin parfaitement entraîné, bien adapté et travaillant avec un bon écran, peut facilement débiter 80 sujets à l'heure. Nous entendons bien que les sujets soient examinés consciencieusement et qu'à leur départ, le médecin ait la certitude de ne rien avoir laissé passer. Mais reconnaissons que c'est là une véritable spécialité et que, même un bon radiologue ou un bon phtisiologue, doivent s'entraîner avant de devenir de bons radioscopistes d'examens systématiques.

L'argument « fatigue du médecin » nous paraît tout aussi peu valable pour la radioscopie que pour la radiophoto. Nous doutons qu'après avoir examiné 200 clichés de radiophoto le médecin soit beaucoup plus dispos qu'après avoir stationné deux heures devant l'écran fluorescent.

Enfin, si la radioscopie ne laisse effectivement aucun document, nous avons vu qu'à la Cité Universitaire, chaque dépistage motive un schéma qui restera au dossier de l'intéressé et pourra être consulté au même titre qu'une radiophoto.

Les avantages de la radioscopie nous paraissent, par contre, indéniables :

Tout d'abord, l'image radiologique en scopie, est dynamique. On voit les diaphragmes fonctionner et les sinus s'ouvrir. De plus, les mouvements inspiratoires profonds et les positions obliques peuvent permettre de chercher et découvrir le petit nodule isolé (principal intérêt de la médecine préventive que de déceler les lésions débutantes) toujours susceptible d'être caché dans un angle mort.

Mais aussi et surtout, il existe à la radioscopie un *contact*

direct entre médecin et malade. C'est là, nous semble-t-il, un point capital du dépistage. Non seulement on évite l'examen impersonnel et par trop mécanisé de la radiophoto, qui donne au sujet examiné, l'impression de n'être qu' « un numéro dans une série », mais au contraire, le médecin pourra donner immédiatement le résultat de l'examen à l'intéressé. Les sujets indemnes quitteront le service, certains de pouvoir continuer leurs activités, et satisfaits de n'avoir pas perdu leur temps en venant chercher un résultat rapide et satisfaisant. Aux autres, le médecin examinateur expliquera en deux mots la nature des lésions qui viennent de leur être découvertes : paroles d'encouragement pour les pusillanimes, conseils de sagesse pour les désinvoltes. A ces derniers qui jetteraient au panier le compte rendu de la radiophoto, le médecin doit s'efforcer d'indiquer sommairement la nature des lésions dépistées pour les inciter à subir les examens complémentaires. C'est ce rôle de conseiller, tour à tour bienveillant et autoritaire, que le radioscopiste ne doit jamais manquer de jouer à l'occasion des examens systématiques. Car, ainsi que nous le verrons au chapitre suivant, la médecine préventive ne serait d'aucune utilité, si elle n'entraînait pas dans les moindres délais, des examens complémentaires indispensables à établir le bilan des découvertes radiologiques et à entraîner une décision de surveillance médicale ou d'intervention thérapeutique.

4) Conséquences du Dépistage.

Si nous avons insisté à plusieurs reprises sur la nécessité du contact direct entre malade et médecin, c'est que nous avons relevé un certain nombre de dossiers de malades qui n'avaient pas tenu compte du résultat du dépistage et qui, pour diverses raisons, avaient attendu l'aggravation pour se faire traiter comme il convenait, perdant là le bénéfice d'un dépistage précoce.

Nous étudierons donc dans ce chapitre : les raisons qui font que le malade n'est pas toujours suivi après le dépistage; la manière d'établir le bilan et les décisions prises après dépistage et bilan du malade.

a) *Suite du dépistage.*

Pourquoi le dépistage n'est-il pas toujours suivi de la surveillance ou des décisions convenables?

En principe, le rôle du service de dépistage se borne à signaler une image pathologique « à mettre au point par des examens complémentaires ». C'est alors au malade qu'il incombe de se faire examiner plus complètement. On pourrait donc penser que du moment que le service de médecine pré-

ventive a avisé le malade de son état pulmonaire, la faute d'un examen tardif ne peut être reprochée qu'au malade lui-même.

En fait, deux cas peuvent se présenter, où le service de dépistage est responsable de ce retard apporté à la mise au point du nouveau dépisté :

a) Le compte rendu de l'examen radiologique a été transmis trop tardivement.

C'est le cas de *Mme Gr...*, professeur de lycée et mère d'une enfant de 3 ans :

1941 : pleurésie droite.
Août 45 : accouchement normal.
Février 46 : examen systématique : I.T.N.
Février 47 : examen systématique par photo dont le résultat ne lui sera transmis que fin mai. A droite, réaction hilaire et péri-scissurale avec nodules sous-claviculaires externes. A gauche, petite opacité très discrète sous-claviculaire externe.
Avril 47 : dès le résultat connu, elle est hospitalisée à la clinique universitaire de pré-cure :

BK = + V.S. = 11 - 23

Radio : à droite, disparition des images hilaires, mais accentuation des nodules sous-claviculaires; à gauche, pas de changement.
Août 1947 : transférée au Sanatorium universitaire :

BK = + V.S. = 5 - 11

Les nodules se sont peu modifiés, mais restent d'homogénéité douteuse de chaque côté. On envisage une intervention droite après échec du pneumothorax.

En conclusion, une mère de famille, professeur au milieu de jeunes enfants, est dépistée par la médecine préventive alors qu'elle était bacillaire en évolution. Par suite d'un manque d'organisation dans le service, elle restera encore deux mois au contact de sa fille et de ses élèves!

Pour remédier à ces retards inadmissibles et préjudiciables au principe même de la médecine préventive, il faudrait, soit améliorer l'organisation administrative en expédiant plus rapidement les comptes rendus, soit plutôt pratiquer uniquement des examens radioscopiques qui permettent de donner des réponses immédiates.

b) Pourtant même à la radioscopie, certaines déficiences peuvent se produire qui font que le malade n'attache pas assez d'importance au résultat de l'examen et ne fait pas effectuer de bilan.

Telle encore l'observation de *Mlle Jez...* :
Janvier 45 : ex. syst. = I.T.N. Cuti = +
Janvier 46 : ex. syst. = I.T.N. Cuti = +
Janvier 47 : ex. syst. =

On lui signale « une tache dans la région de l'aisselle gauche », sans attirer davantage son attention sur ces éléments à surveiller. Elle poursuit ses études de médecine sans se faire surveiller.

Septembre 47 : elle décide de se faire examiner avant de commencer la préparation des concours. Radio : « Les taches se sont étendues à gauche et ont gagné le côté droit. »

Novembre 47 : entrée à la pré-cure universitaire. Graphie : à gauche, nodules flous de tout le sommet et de la région sous-claviculaire, avec une image cavitaire; à droite, nodules flous de la région sous-claviculaire externe, et quelques éléments au sommet, l'ensemble paraissant homogène.

Tubage = + V.S. = 27 - 51.

Mars 48 : arrivée au Sanatorium universitaire. Graphie : à gauche, une nouvelle cavité est apparue; à droite, pas de changement.

Il nous semble ici que si le médecin du service de dépistage avait sérieusement attiré l'attention de cette jeune étudiante en médecine sur l'importance des examens complémentaires, celle-ci aurait été arrêtée à temps pour éviter au moins l'ensemencement du côté droit et peut être l'évolution gauche.

L'écueil de la médecine préventive nous apparaît donc comme le risque de « laisser échapper » le sujet qui vient d'être dépisté : Négligent pour se faire examiner, celui-ci risque de ne tenir aucun compte des avertissements qui lui sont donnés, pour peu que ceux-ci ne soient pas assez énergiques. Il faut que le médecin examinateur arrive à faire comprendre à son client d'une minute que les examens complémentaires sont absolument indispensables.

b) *Bilan médical.*

Nous avons bien dit que l'examen systématique ne retenait pas les sujets porteurs de vieilles calcifications ou de séquelles d'une affection pleuro-pulmonaire ancienne. Cela ne veut pas dire pour autant que tous les malades dépistés soient des tuberculeux évolutifs et qu'il y ait nécessité de les hospitaliser immédiatement dans un centre de diagnostic ou encore moins dans un sanatorium.

La médecine préventive se contente de signaler « la petite tache suspecte » ou la « tuberculose possible ». Mais ce simple avertissement ne saurait suffire. Il faut, à tout prix, établir le bilan qui devra comporter :

Radiographie,
Tubage,
Sédimentation.

Pourtant, si la médecine préventive est obligatoire, il ne saurait être question d'imposer des examens et une thérapeu-

tique « officiels ». Encore peut-on faciliter la tâche du malade, en mettant à sa disposition un service bien organisé où le bilan sera fait dans le minimum de temps et dans les meilleures conditions possibles. Voyons d'ailleurs quelles sont les diverses possibilités qui s'offrent au nouveau dépisté :

a) Consulter le médecin personnel. C'est, en général, ce que fait l'étudiant qui vit dans sa famille. La solution est excellente lorsque ce médecin est phtisiologue ou lorsque le médecin de médecine générale sait convenablement orienter son client.

Notons toutefois deux inconvénients à cette solution : trop de médecins non spécialisés ne savent pas toujours l'importance du « petit nodule flou, isolé » signalé par la médecine préventive, et se contentent de prescrire le « repos à la campagne ». Celui-ci consiste sans doute à bien manger, mais entraîne aussi la tentation de promenades de 80 ou 100 kilomètres à bicyclette, la pratique de quelques sports « légers » et l'inévitable baignade suivie de l'indispensable bain de soleil! Ajoutons qu'aucun examen radiologique n'a lieu pendant cette période qui est prescrite d'autant plus longue que l'état a été jugé plus sérieux, de sorte que plus la situation est grave moins la surveillance est minutieuse! Les observations sont trop nombreuses et trop banales pour qu'il nous paraisse utile d'en rapporter une. A tout coup le malade s'aggrave.

Le deuxième reproche à faire à la consultation individuelle, est constitué par les difficultés et les pertes de temps que rencontre le malade pour se faire faire les examens du bilan d'une part, et les démarches répétées auxquelles il sera astreint, pour obtenir une prise en charge par une collectivité au cas où il devra partir pour le sanatorium. Nous développerons ces divers points au paragraphe suivant.

b) Les consultations d'hôpitaux ou de dispensaire.

Ici, l'étudiant perd les avantages d'une consultation universitaire (nous avons signalé plus haut l'intérêt des examens dans le cadre corporatif) sans retrouver l'atmosphère confiante d'une consultation personnelle chez un médecin de clientèle.

De plus, ces services présentent l'énorme inconvénient de ne pouvoir grouper dans les mêmes locaux tous les éléments nécessaires au bilan : le malade sera envoyé du service de consultation à la salle de radiologie, de celle-ci au laboratoire et de là à nouveau à la consultation. Le circuit ne peut, bien entendu, pas être bouclé en une matinée et l'intéressé devra perdre ainsi plusieurs jours en démarches diverses, avant que ne puisse lui être fourni un avis autorisé. Pour peu encore qu'il doive attendre un rendez-vous pour faire faire une tomographie et passer aussi au dispensaire de son quartier pour obtenir une prise en charge en vue de son admission au sana-

torium, il ne peut espérer en avoir terminé avant un à deux mois d'allées et venues toujours préjudiciables à son travail autant qu'à sa santé.

c) Le service de médecine préventive groupant tous les éléments nécessaires au bilan, nous paraît la méthode idéale. De cette manière, on aura la possibilité de donner au nouveau dépisté, le jour même de son examen systématique, une convocation pour établir le bilan.

Dans ce service qu'il connaît déjà, en une matinée, on pratiquera :

Radiographie,
Tubage,
Sédimentation.

Quelques jours plus tard, on lui précisera le résultat de ces examens, et il verra sur place l'assistante sociale de l'Université qui établira le dossier de demande d'admission en sanatorium ou conseillera le malade suivant les décisions médicales.

c) *Les décisions thérapeutiques.*

Le bilan une fois établi, les décisions à prendre sont variables suivant l'importance des lésions. Trois cas peuvent se présenter :

a) Il s'agit d'une lésion ancienne, parfaitement stabilisée, mais passée inaperçue jusqu'ici. C'est alors un « faux dépisté » à qui l'on conseillera de reprendre le travail comme par le passé en venant se faire surveiller deux fois par an, par mesure de prudence.

En principe, ces cas sont rares, représentés par les calcifications de chancres primaires qui peuvent être le plus souvent diagnostiqués dès la visite de dépistage et ne sont pas arrêtés. On le signale tout juste à l'intéressé.

b) Beaucoup plus souvent, la médecine préventive arrête des malades porteurs de quelques nodules flous, plus ou moins groupés et relativement homogènes, pour lesquels il est difficile de se faire une opinion quant à leur potentiel évolutif. Rien ne permet de dire qu'ils soient anciens et stables; rien ne permet non plus d'affirmer qu'ils soient actuellement évolutifs.

Inutile d'encombrer les salles d'hôpital ou d'immobiliser les lits de sanatorium par ces sujets qui sont à peine des malades. Au contraire, tout en leur donnant des conseils de prudence et de bonne hygiène de vie, on leur autorisera la poursuite de leurs occupations à condition de rester sous surveillance radiologique sévère. Une visite tous les mois, tous les quinze jours au besoin, permettra de préciser la moindre

modification de l'aspect radiologique et d'arrêter l'intéressé en temps voulu ou, au contraire, de lui autoriser une reprise d'activité normale. Si bien des étudiants sont réticents à accepter les visites de médecine préventive, par contre, une fois dépistés, ils acceptent facilement cette surveillance ambulatoire et se plient parfaitement aux conseils de prudence lorsque ceux-ci sont judicieusement proposés.

c) Bien souvent, et de plus en plus souvent au cours de ces dernières années, le bilan révèle une tuberculose évolutive. Nous verrons plus loin que ces cas s'étagent depuis les quelques nodules peu homogènes, bacillifères ou non, dont le porteur peut attendre les quelques semaines nécessaires à son admission en sanatorium ou préventorium, jusqu'aux cavités importantes, richement bacillifères et évolutives qui nécessitent l'hospitalisation d'urgence soit à la clinique de pré-cure, soit à l'hôpital de la Cité Universitaire.

Nous ne préciserons pas davantage les décisions à prendre suivant les cas cliniques; mais il nous a paru cependant capital d'en ébaucher la discussion, car, encore une fois, la médecine préventive faillirait à sa tâche si elle ne mettait pas tout en œuvre pour que les sujets dépistés soient traités en temps opportun. Son rôle n'est pas d'envoyer à l'hôpital ou au sanatorium tous les sujets suspects, mais il faut à tout prix éviter les fuites entre le dépistage et les organismes de surveillance chargés d'établir le bilan et de prendre les décisions. Là encore, les liaisons et la bonne organisation constitueront la pierre de touche qui permettra à la médecine préventive de donner son plein rendement à la satisfaction de tous.

CHAPITRE III

Le Rendement du Dépistage

Dans ce chapitre, nous rappellerons d'abord quelques pourcentages des services de médecine préventive, puis nous étudierons les cas cliniques dépistés en traitement dans les établissements de cure universitaire d'Allemagne; enfin nous serons appelés à donner quelques indications sur la thérapeutique généralement suivie pour ces malades, et dans un dernier paragraphe nous formulerons quelques réflexions sur le traitement de la tuberculose chez les étudiants dépistés.

A. — LE RENDEMENT DE LA MÉDECINE PRÉVENTIVE

Nous serons bref sur ce sujet, les chiffres permettant de se passer de commentaires pour prouver l'énorme progression de la tuberculose chez les jeunes, au fur et à mesure du perfectionnement des moyens de détection.

Dès 1937, Jullien, Sieur et Debray citaient les proportions de dépistage où les étudiants tenaient la première place :

1	dépisté	pour	119	examinés	chez les étudiants
1	»	»	279	»	» employés
1	»	»	287	»	» ouvriers du bâtiment
1	»	»	305	»	» cultivateurs
1	»	»	472	»	» ouvriers d'alimentation
1	»	»	590	»	» ouvriers d'usine

et enfin :

1 dépisté pour 55 examinés chez les étudiants en médecine!

Depuis 1945, les résultats de la médecine préventive confirment ce triste privilège. Le tableau suivant indique fort bien la progression du pourcentage des sujets dépistés, dans le même temps qu'augmente la proportion des étudiants exa-

minés, par rapport au nombre d'inscrits dans les facultés et grandes écoles :

Années	Étudiants inscrits en Faculté ou Grandes Ecoles	Étudiants examinés systématiquement	Pourcentage des dépistés
1939	75.000	35.000	2 0/00
1944	90.000	45.000	4,5 0/00 (1945)
1947	130.000	90.000	8 0/00

Ainsi, non seulement le nombre des sujets examinés augmente, mais on assiste aussi à la progression du rendement de ces examens systématiques. Ces résultats sont d'ailleurs variables suivant les disciplines, suivant les centres de médecine préventive aussi; mais ce n'est pas notre propos d'étudier cette question ici. Nous citerons cependant le chiffre indiqué par Lacourbe pour l'année 1947/48, où le dépistage des étudiants en droit de la Faculté de Paris atteint 11 0/00.

Si l'on tient seulement compte du chiffre de 8 0/00 pour l'ensemble des centres de médecine préventive de France pendant l'année scolaire 1946/47, nous sommes obligés de constater que, sur une population de 130.000 sujets, cela fait 1.000 nouveaux tuberculeux dépistés par an!

Ces chiffres peuvent paraître impressionnants, et leur brutalité peut laisser sceptiques ceux qui ne veulent pas croire à l'intérêt du dépistage radiologique systématique. C'est pourquoi il nous a semblé capital de compléter notre étude par un chapitre purement médical après dépouillement des dossiers de nos malades.

*
**

B. — LES DEPISTES DANS LES ETABLISSEMENTS DE CURE UNIVERSITAIRES EN ALLEMAGNE.

Avant de poursuivre plus avant cette étude, il convient de bien définir ce que nous entendons par « dépisté ».

Les faux dépistés.

Nous éliminerons tout d'abord les « faux dépistés » qui n'entrent pas en ligne de compte dans notre statistique. Ce sont avant tout, les malades qui sont déjà suivis médicalement et que les services de médecine préventive ne font que retrouver. Ce sont des malades en traitement, qui ne nous intéressent pas.

De même ceux qui ne sont pas évolutifs ou ne présentent que des séquelles d' « histoires anciennes » ou de primo-

infection passées inaperçues : Ce ne sont plus des malades. En admettant même que la visite systématique les ait arrêtés, le bilan ultérieur permet de faire la preuve de la stabilité de leurs lésions, et ils ne viennent pas encombrer les lits d'hospitalisation.

Les vrais dépistés.

Les vrais dépistés sont avant tout les malades chez qui l'examen systématique permet de découvrir une tuberculose évolutive, sans qu'aucun symptôme ait pu donner l'alarme qui justifie un examen médical sérieux.

Mais nous comptons aussi comme « vrais dépistés » les malades qui présentaient quelques symptômes négligés ou passés inaperçus. L'interrogatoire révèle en effet chez ceux-ci, que la toux ou quelquefois l'expectoration, la température ou l'amaigrissement, les sueurs nocturnes, l'asthénie ou les points douloureux thoraciques existaient déjà depuis quelque temps. Ces dépistés « avec symptômes » prêtent à discussion, puisque certains auteurs ont affirmé que l'examen systématique n'avait rien révélé du fait que les premiers signes cliniques étaient déjà manifestes. D'où l'on conclut qu'il vaudrait beaucoup mieux éduquer les gens en leur apprenant que ces symptômes peuvent être révélateurs de tuberculose, plutôt que de les obliger à passer la visite de médecine préventive.

En fait, il n'en reste pas moins que ces tuberculoses sont mises en évidence à l'occasion de l'examen systématique, et non à l'occasion des symptômes. D'autre part, il y a de fortes chances pour que si ces sujets ont négligé leurs symptômes, ils continuent de les négliger même si on leur apprend qu'ils peuvent être révélateurs de tuberculose. Enfin, il faut bien dire aussi que si ces signes cliniques sont quelquefois négligés par les malades, bien souvent on les néglige pour eux : Combien de « grippes » ou de « bronchites » sont soignées et « guéries » sans qu'aucun examen radiologique vienne affirmer qu'il n'y a aucune étiologie tuberculeuse!

Il nous paraît alors beaucoup plus utile d'apprendre aux médecins à ne pas manquer de pratiquer un examen radiologique après les affections aiguës des voies respiratoires, plutôt que d'éduquer les malades à réclamer une consultation à l'occasion d'un amaigrissement. Et pour conclure, le mieux serait peut-être encore d'exiger des visites systématiques deux fois par an pour dépister les tuberculoses asymptomatiques.

Les observations.

Dans le cadre de cette définition du « dépisté », nous avons retenu 68 observations de dépistage, sur 290 malades sortis des trois établissements de cure universitaires en un an et demi, soit *23,8 %*.

Si nous comparons ce chiffre à celui cité par Douady et Trocmé en 1942 (*17 %* à Saint-Hilaire-du-Touvet), nous retrouvons ici l'augmentation du rendement du dépistage déjà signalé plus haut.

Parmi ces 68 dossiers de dépistés, nous relevons :

— Virages de cuti-réaction	2
— Complexes primaires	9
— Pleurésies	8
— Nodules	39
— Cavités	10
	68

Deux virages de réactions tuberculiniques :

Ces deux malades ont fait chacun un séjour de trois mois au préventorium, et l'on n'a jamais constaté le moindre symptôme évolutif d'ordre général ou du point de vue radiologique. Il n'en reste pas moins que leur séjour au préventorium était parfaitement justifié, même après une primo-infection asymptomatique. Nous nous en référons à ce titre à la position prise par Debré et Lelong : « La première poussée de tuberculose, si anodine qu'elle soit en apparence, doit être traitée comme toute poussée évolutive, même quand elle n'a pas d'autre expression que le virage de la cuti-réaction tuberculinique ».

La valeur de ce principe nous a encore paru accrue du fait que nous avions affaire à de jeunes adultes susceptibles de présenter ce « raccourcissement du délai entre le moment de la primo-infection et l'époque de la tuberculose maladie » dont E. Bernard et J. Weil ont montré la réalité. Nous verrons au prochain paragraphe plusieurs observations de jeunes adultes qui entrent d'une seule tenue dans la phrase de tuberculose tertiaire, après leur primo-infection.

Neuf complexes primaires :

Cette catégorie de nos malades comprend tous les stades de la primo-infection, depuis la banale adénopathie hilaire, isolée et discrète, jusqu'aux réactions importantes avec chancre pulmonaire étendu, évoluant cependant à bas bruit, puisque seul l'examen systématique a pu révéler ces primo-infections.

Nous classerons dans les primo-infections à réaction ganglionnaire isolée l'observation suivante :

Desc..., Robert, 20 ans, étudiant des Beaux-Arts :

Février 46 : dépistage systématique de volumineuses adénopathies hilaires bilatérales, sans participation parenchymateuse. La cuti-réaction est douteuse, et on l'adressse au Préventorium en évoquant la possibilité d'un Hodgkin.

Mai 46 : à son entrée, c'est un sujet de 86 kgs d'aspect général absolument floride. L'interrogatoire ne révèle aucun symptôme d'imprégnation tuberculeuse. Graphie: à gauche, toute la région hilaire est marquée par une ombre floue, homogène, à limites imprécises, tandis que les ombres vasculaires sont nettement accentuées; à droite, on distingue les limites d'une ligne d'adénopathie, en surcharge sur les ombres hilaires. Les tomographies confirment une masse polylobée engainant les clartés bronchiques, mais aucune des coupes ne précise de participation parenchymateuse.

Au cours du séjour, l'état général se maintient excellent, tandis que les ombres hilaires rétrocèdent lentement.

En janvier 47 : onze mois après le dépistage, le malade quitte le Préventorium, alors que l'adénopathie droite a disparu, et qu'à gauche les limites du hile sont plus visibles, sans être encore absolument normales.

Actuellement, deux ans après le dépistage, le malade reste surveillé par la consultation de la Maison de Post-cure Universitaire. Ses hiles sont sensiblement normaux. L'état général reste excellent.

A l'opposé de cette primo-infection d'évolution favorable dont l'image radiologique de dépistage semblait devoir révéler une forme sévère, nous verrons maintenant un cas apparemment bénin dès le début, évoluant malgré la cure préventoriale sérieuse (régime du sanatorium avec 5 heures de cure), et passant d'emblée à la tuberculose tertiaire :

Grel... Jean, 24 ans, étudiant de l'école dentaire :

Mars 46 : examen systématique = I.T.N. Cuti négative.

Juin 46 : amaigrissement de 3 kgs. Episode pulmonaire aigu pendant huit jours. Cuti = + + +. Scopie : « Réaction péri-hilaire droite avec participation parenchymateuse ». Tubage négatif. V.S. normale.

Juillet : rentre dans sa famille, à la campagne, en attendant son admission au Préventorium.

2 *octobre* 46 : à son arrivée, malade en bon état général. A droite, dans la région juxta-hilaire, groupe peu étendu de nodules peu denses, avec image floue et homogène de toute la région hilaire, sans limites nettes. Les tomographies montrent que les nodules siègent au sommet du lobe inférieur, et précisent une image ganglionnaire hilaire. Tubage négatif. V.S. : 3 - 6.

Au cours de son séjour : il est soumis à la discipline normale du Préventorium : 5 heures de cure, dont 2 de silence; 10 heures de sommeil. Petites promenades entre les heures de cure. C'est d'ailleurs un malade particulièrement sérieux et discipliné.

Juin 47 : après neuf mois de cure, alors que les images droites se détergeaient, à tel point que l'on avait parlé de départ, apparition de quelques nodules flous du sommet gauche.

Tubages mensuels régulièrement négatifs. Poids en légère baisse. V.S. : 9-17.

On reporte le départ et conseille de redoubler de prudence, malgré la sagesse déjà exemplaire de ce malade.

Par la suite, ces quelques nodules semblent s'estomper. En décembre, la conclusion du compte rendu de radiographie précisait : « Amélioration certaine des éléments du sommet gauche, qui paraissent moins flous. A droite, les nodules ont presque totalement disparu. »

Janvier 48 : six mois après l'apparition des nodules gauches, le tubage est positif par trois fois. Les tomographies montrent au sommet gauche des images d'homogénéité douteuse, sans que l'on puisse affirmer une cavité. Le pneumothorax n'en reste pas moins formellement prescrit.

En conclusion, au cours d'une cure sérieuse de 18 mois de repos bien surveillé, on assiste à l'évolution d'une tuberculose contro-latérale à partir d'une primo-infection à début aigu.

Cette forme évolutive à début radiologiquement limité, s'oppose à la forme précédente, asymptomatique, mais radiologiquement étendue. En fait, on peut penser que la première a été dépistée à temps, avant la symptomatologie qui aurait signé la gravité; tandis que la seconde était déjà évolutive au moment où on a commencé de la soigner. Il y aurait là une preuve de plus de l'intérêt du dépistage précoce.

De plus, la nécessité d'une surveillance minutieuse de ces primo-infections évoluant à bas bruit, nous apparaît indéniable lorsque l'on connaît le risque de les voir se révéler par une complication : Les fistulisations bronchiques sont trop bien connues actuellement pour qu'il nous paraisse utile de rapporter ici les deux cas, vérifiés par bronchoscopie, que nous avons relevés sur ces neuf primo-infections. Tous deux ont évolué favorablement, encore que l'un d'entre eux ait quitté le préventorium alors que l'adénopathie était encore volumineuse et susceptible de se fistuliser à nouveau après une première cicatrisation.

En conclusion, outre le danger d'ensemencement secondaire, les risques de contagion sont certains à partir de telles primo-infections, et il y a là matière à justifier pleinement le dépistage précoce et l'hospitalisation rapide de ces formes de tuberculose.

Huit pleurésies.

Ces huit pleurétiques ont été dépistés à l'examen systématique et hospitalisés immédiatement soit à la Clinique de Pré-cure, soit à l'hôpital de la Cité Universitaire. Ils repré-

sentent un pourcentage assez élevé auquel nous ne nous attendions pas, parmi nos malades de la médecine préventive.

Sans doute ces pleurésies ambulatoires étaient-elles particulièrement bénignes; mais on peut se demander ce qu'elles seraient devenues immédiatement ou dans l'avenir si elles n'avaient pas été dépistées : N'auraient-elles pas été plus graves, si ces malades avaient attendu les premiers symptômes pour consulter? N'aurions-nous pas découvert plus souvent la participation parenchymateuse, alors que nous n'avons trouvé de nodules que deux fois sur ces neuf cas?

Trente-neuf nodulaires.

Ce groupe est le plus important et le plus intéressant, tant du point de vue du dépistage que du point de vue de l'évolution ultérieure.

Il convient d'abord de définir ce que nous entendons par nodulaires : Il s'agit de malades présentant des images radiologiques dont l'aspect est intermédiaire entre le simple petit nodule isolé en tissu sain, mais d'aspect flou, encore jeune et susceptible d'évoluer, jusqu'aux éléments plus étendus mais encore groupés, uni ou bi-latéraux, au sein desquels radiographies et tomographies ne permettent pas de déceler de perte de substance bien que souvent ils apparaissent comme d'homogénéité douteuse.

Nous citerons ici trois observations de ce groupe, donnant une idée approximative des cas les plus bénins jusqu'aux plus sérieux :

Gon... André, 20 ans, employé comme « ravitailleur » au Sanatorium, est vu systématiquement à la radioscopie tous les deux mois, bien qu'il n'ait aucun contact avec les malades. L'intradermoréaction est positive de longue date.

Le 30 juin 47, on découvre un seul nodule flou, isolé, de la grosseur d'une tête d'épingle (au sens littéral de l'expression) dans la région sous-claviculaire externe droite. Si nous n'avions pas eu en main un cliché pris un an auparavant, nous aurions pensé qu'il s'agissait d'une image vasculaire passée inaperçue précédemment.

D'ailleurs, notre conviction n'était pas tellement bien établie puisque, devant la vitesse de sédimentation normale, trois tubages négatifs et un assez bon état général, nous avons autorisé la poursuite de l'activité à mi-temps, sous surveillance radiologique tous les 15 jours.

Le 22 août, au deuxième mois, l'image présentait la surface d'une pièce de un franc. Trois nouveaux tubages restent négatifs. La vitesse de sédimentation est à 2-5. Devant cette évolution, nous mettons immédiatement ce malade au lit complet 24 heures sur 24.

Deux mois plus tard, l'image s'améliore, devient moins floue

et plus limitée. On croit pouvoir autoriser une heure de sortie par jour, le malade restant alité tout le reste du temps.

En février 48, deux tubages sont transitoirement positifs, sans que l'image se soit modifiée et que les tomographies montrent un manque d'homogénéité. L'état général est bon; la vitesse de sédimentation est de 4 - 10.

Le malade est toujours en observation minutieuse neuf mois après le dépistage, avec la crainte de devoir le transférer au sanatorium.

Voici donc le cas d'un dépistage vraiment précoce d'une lésion absolument minime, qui, malgré une cure sévère immédiate, nous donne les plus grandes craintes de devoir évoluer vers une tuberculose justiciable du pneumothorax. Par contre, l'observation suivante montre des nodules plus étendus dès le dépistage, mais qui restent désespérément flous et subévolutifs pendant toute la durée de la cure :

Amo... Albert, 28 ans, Ecole Supérieure d'Electricité :

Mars 46 : amaigrissement, asthénie, mis sur le compte d'un très mauvais état digestif. Scopie : I.T.N.

Décembre 46 : examen systématique : « Infiltrat droit et nodules sous-claviculaires gauches ». Trois tubages négatifs. Mise au repos en attendant le départ au Préventorium.

Mars 47 : entrée au Préventorium. Graphie : à droite, dans la région para-sus-hilaire, zone de nodules assez flous et d'homogénéité douteuse sur une surface d'une petite paume de main. Rien à signaler par ailleurs. Tubages mensuels régulièrement négatifs. V.S. : 5 - 15. Cure sérieuse avec régime alimentaire sévère pour troubles hépatiques.

Octobre 47 : Graphie : la zone lésionnelle paraît un peu plus dense et plus limitée. Tubage positif! Tomo : image suspecte à 6 cm., sans plus. Cinq tubages en série restent négatifs.

Mars 48 : graphie : aucun changement. Tubages constamment négatifs. Départ en post-cure.

Ces groupes de nodules flous dépistés à la médecine préventive posent d'angoissants problèmes thérapeutiques : Une seule émission bacillaire; jamais d'image évidente de perte de substance (même aux tomographies répétées); aucun caractère évolutif susceptible d'entraîner la décision de créer un pneumothorax. Et pourtant, éléments constamment flous, plus ou moins modifiés d'un cliché à l'autre, mais sans résorption ni tendance à la densification.

La vie active d'un étudiant inscrit en Faculté, entraînerait à coup sûr une évolution, et pourtant on ne peut faire perdre deux années de vie sanatoriale à de tels sujets. La surveillance en post-cure nous paraît la solution la plus acceptable, qui permet d'agir d'urgence en cas d'évolution ou d'affirmer,

par une année de surveillance supplémentaire, la stabilité des lésions en cause, après l'épreuve d'une réadaptation progressive.

Nous passons maintenant aux cas plus graves de lésions tuberculeuses d'emblée plus étendues, sans perte de substance évidente, quelquefois bacillaires, mais toujours asymptomatiques :

Sou... Gérard, 22 ans, Droit et Sciences Politiques :

Novembre 41 : pleurésie gauche probable. Repos cinq mois dans sa famille.

Octobre 45 : après quatre mois de vacances dans d'excellentes conditions, alors que l'état général est floride : examen systématique : dissémination nodulaire du sommet droit. Tubage négatif.

Décembre 45 : entre à la pré-cure. Graphie : à droite, nodules disséminés dans la moitié supérieure, avec image sous-claviculaire interne peu homogène; à gauche, quelques nodules sous-claviculaires. Tubage positif. Pneumothorax droit.

Mars 46 : entre au Sanatorium. Section de brides : abaissement du sommet, qui reste fixé au médiastin sous la clavicule. Tubage positif. Une petite cavité du sommet se souffle. L'irritation pleurale et les broncho-aspirations répétées en viennent difficilement à bout.

Décembre 46 : évolution des nodules gauches et crise liquidienne droite contre-indiquant toute collapsothérapie du côté opposé. Tubages positifs.

Année 1947 : images sans changement, mais poumon droit sans souplesse et nodules gauches toujours très flous. Les tubages deviennent négatifs. Etat général toujours floride.

Ici, comme dans de nombreuses observations, le nouveau dépisté ne peut même pas accuser la fatigue des examens. C'est après le repos des vacances familiales, en pleine santé apparente, que la médecine préventive permet de dépister une tuberculose pulmonaire d'emblée grave qui, passée inaperçue, aurait entraîné quelques mois plus tard, une dissémination aux deux champs pulmonaires, au-dessus de toute ressource thérapeutique.

Au contraire, pendant deux années de cure émaillées d'incidents inquiétants, cet étudiant a pu terminer sa licence en Droit, et aujourd'hui l'espoir lui est permis de reprendre un jour une activité judicieusement dosée.

Dix Cavitaires.

Nous ne voulons pas parler ici des malades présentant des images d'homogénéité simplement douteuse, mais de ceux dont les clichés révèlent d'emblée une cavité bien nette, isolée ou entourée de nodules plus ou moins étendus. Ces formes ne

sont pas rares et paraissent même de plus en plus nombreuses d'après les résultats des derniers dépistages de l'année 1947/48.

L'histoire clinique en est assez banale, mais il nous paraît pourtant utile de rappeler quelques exemples susceptibles de fixer ici l'évolution très variée de ces cavités apparues à bas bruit :

Guil... Jean, 22 ans, étudiant en Droit :

Mars 46 : I.T.N. Cuti négative.

Décembre 46 : examen systématique à l'armée : « Condensation sous-claviculaire gauche, excavée aux tomographies. » Bacilloscopie négative. Repos dans la famille!!

Avril 47 : entre à la Pré-Cure. Graphie : à gauche, dans la région sous-claviculaire, condensation arrondie, floue, non homogène, de la surface d'une pièce de 5 francs. Traînée en direction du hile. Tubage positif. Pneumothorax complété par section de brides.

Juillet 47 : entre au Sanatorium. Graphie : pneumo total. Condensation limitée, homogène et dense dans la région externe du sommet. Tubages régulièrement négatifs.

Au cours du séjour, passe avec succès ses examens de deuxième année de Droit.

Février 48 : départ en Post-Cure.

En conclusion, malgré un dépistage insuffisant qui n'a pas provoqué l'admission immédiate dans un établissement de cure (risque de contamination de l'entourage et d'aggravation de l'état du malade), la fermeture de cette cavité se produit facilement sous un pneumothorax rapidement efficace. Les études n'ont subi aucun préjudice du fait de la maladie.

Gla... Bernard, 21 ans, Ecole de Commerce :

Octobre 46 : radioscopie au conseil de révision : R.A.S.

Novembre 46 : examen systématique universitaire : « Image ronde solitaire de la région axillaire droite. » Hospitalisation immédiate : aucun antécédent, bon E.G. Tubage négatif. V.S. : 4 - 5.

Au cours du séjour, comblement de la cavité (tomographie).

Février 47 : entre au Préventorium. Graphie : à droite, quelques nodules groupés au tiers moyen, sans aucune image susceptible de rappeler la cavité découverte en novembre. Tubage négatif. E.G. excellent. V.S. : 2 - 4.

Jusqu'en juillet, l'image radiologique reste parfaitement stable; quatre tubages sont négatifs; vitesse de sédimentation toujours normale.

La veille du départ : en scopie, « impression de manque d'homogénéité ». Graphie : à droite, dans la partie moyenne externe, cavité arrondie de la grosseur d'une pièce de 50 centimes, entourée d'un halo de condensation. Malgré

l'absence de bacilles, *pneumothorax :* lenteur de fermeture de la cavité, mais actuellement tout paraît en bonne voie. Tubages toujours négatifs.

Ici, la cavité dépistée semblait devoir se fermer spontanément et pourtant la simple cure n'a pas suffi. C'est encore au pneumothorax qu'il a fallu recourir pour obtenir la guérison après vingt mois de traitement.

Enfin, notre dernière observation est encore plus probante de la capacité d'évolution de ces images cavitaires dépistées à l'examen systématique :

Guil... Albert, 21 ans, étudiant en Droit :

Depuis 43 : examen systématique tous les ans. Cuti positive. I.T.N.

Novembre 47 : asthénie qui n'attire pas outre-mesure l'attention de cet étudiant. Examen systématique : à droite, image cavitaire sous-claviculaire externe de 3 cm. de diamètre, en plein parenchyme sain. Quelques nodules au sommet.

Hospitalisation à l'Hôpital de la Cité Universitaire. E.G. satisfaisant. Température normale. Légère expectoration le matin au réveil. B.K. = +. V.S. : 18.

Novembre 47 : pneumothorax droit complété par section de brides. Tubage négatif.

Février 48 : entre au Sanatorium. Graphie : à droite, poumon fixé au médiastin dans la région rétro-claviculaire, avec, dans la partie moyenne du lobe supérieur, une zone floue de la surface d'une pièce de un franc, bien homogène; à gauche, on devine derrière la clavicule un nodule isolé qui ne paraît pas très homogène. Deux tubages négatifs. V.S. : 3 - 7. Cliché complémentaire partiel gauche : petite cavité rétro-claviculaire (50 centimes).

Mars 48 : tubage positif. Pneumothorax qui sera à compléter.

Ainsi aurons-nous vu toute la gamme des évolutions possibles, depuis la cavité facilement collabée par un pneumothorax rapidement efficace, permettant la reprise d'activité en post-cure après 10 mois de sanatorium, jusqu'à la bilatéralisation précoce, malgré le traitement judicieux, en passant par l'ébauche de fermeture spontanée d'une cavité qui n'en nécessite pas moins le pneumothorax.

Pour compléter ce bilan de nos malades dépistés par les services de la médecine préventive universitaire, il convient de signaler que sur nos 68 dossiers, nous avons compté 9 malades atteints de lésions bilatérales et 13 bacillaires d'emblée.

Ces chiffres sont assez éloquents par eux-mêmes et évoquent suffisamment les risques de contamination de l'entourage et d'ensemencements locaux, pour qu'il nous paraisse superflu d'insister davantage sur l'intérêt indéniable du dépistage systématique de la médecine préventive.

C. — LES TRAITEMENTS INSTITUES CHEZ LES DEPISTES.

Après avoir étudié les différentes catégories de malades envoyés dans les établissements de cure universitaires par la médecine préventive, nous verrons maintenant les traitements qui furent entrepris. Nous nous limiterons toutefois aux seuls malades de sanatorium, puisque MORNAND, dans sa thèse, a déjà étudié l'activité médicale du préventorium. C'est pourquoi nos observations sont réduites à 34.

Nous discuterons des délais de mise en œuvre du traitement actif, de manière à juger de l'efficacité et des décisions prises à la suite du dépistage.

Délai de mise en œuvre du traitement.

Précisons ici d'emblée que nous n'entendons pas seulement comme traitement, la collapsothérapie médicale ou chirurgicale, mais que nous englobons dans cette notion, toute prescription de cure de repos contrôlé, avec surveillance radiologique. C'est-à-dire qu'une mise en observation, en pré-cure, en clinique ou à l'Hôpital de la Cité Universitaire, compte pour nous comme un traitement actif, alors que ces « repos à la campagne » dont nous entendons souvent parler, mais dont nous constatons tous les jours les effets désastreux, n'ont à nos yeux aucune des garanties (surveillance radiologique et bactériologique; prise régulière de la température; contrôle sévère non seulement des heures de cure, mais aussi et surtout de l'activité entre les cures), garanties exigibles pour affirmer que le malade suit bien les prescriptions médicales.

Surveillance ambulatoire.

Nous n'en comprenons pas moins l'intérêt de la surveillance ambulatoire à laquelle sont soumis certains malades : En effet, nous avons déjà dit dans un des chapitres précédents que, dans bien des cas, les médecins chargés d'établir le bilan après dépistage, seront amenés à surveiller leurs malades, tout en leur permettant une certaine activité de manière à se faire, avec le recul du temps et les examens répétés, une opinion valable sur le potentiel évolutif des lésions dépistées.

Dans d'autres cas, malgré une indication sanatoriale évidente, certains malades ne seront pas considérés pour cela comme devant commencer d'urgence leur traitement. A ceux-ci on autorisera une certaine activité en attendant le départ pour le sanatorium, tout en les gardant sous surveillance médicale sévère.

Nous avons relevé 14 observations de sujets ainsi surveillés médicalement avant leur départ pour le sanatorium : 8 ont commencé leur traitement dans un délai variant de deux

mois à un an après leur dépistage; et 6 ont été hospitalisés plus d'un an après.

Répétons-le. ces délais de mise en route du traitement ne correspondent à aucune négligence, mais représentent le temps nécessaire à se rendre compte de l'évolutivité de certaines lésions dépistées à la médecine préventive, ou à constater l'évolution d'une image restée stable jusque-là.

Traitements immédiats.

Nous considérons comme traités immédiatement, non seulement les malades hospitalisés d'urgence, mais aussi ceux qui sont admis au sanatorium moins de deux mois après leur dépistage.

Les premiers sont en général des malades graves, évolutifs, dont le traitement est entrepris quelques jours après leur dépistage. Ils sont admis en priorité dans les centres prévus à leur intention. tels que l'Hôpital de la Cité Universitaire ou la Clinique de Pré-cure à Paris (1).

Les seconds sont aussi des malades sanatoriables d'emblée, mais leur état de santé n'en permet pas moins d'accepter quelques délais avant leur admission, soit pour régler leurs affaires personnelles, soit pour mettre au point certaines questions administratives inhérentes à la prise en charge des frais de séjour ou à l'encombrement des sanatoriums.

Nous comptons 13 malades de cette catégorie sur les 34 dossiers dépouillés, soit plus de 38 %.

Traitements retardés.

Neuf malades sont arrivés au sanatorium tardivement parce qu'ils avaient refusé ou négligé les conseils donnés, ou encore parce que ces conseils avaient été mal formulés. Nous avons déjà critiqué les lenteurs ou les déficiences de certains services de médecine préventive. Qu'il nous suffise de rapporter ici l'observation suivante :

Go... Jean, 22 ans, étudiant en Droit :

Février 43 : examen systématique : image pathologique du poumon droit. Le malade est averti par une note écrite. Repos très partiel, puisqu'il poursuit ses études à Paris. dans de mauvaises conditions, sans surveillance. Départ en vacances au bord de la mer, en soi-disant repos.

Février 44 : nouvel examen systématique pour le S.T.O. : le malade ne part pas, pour « lésions du poumon droit ». Il n'en tient encore une fois aucun compte.

(1) C'est à l'intention de ces malades que la « Fondation Sanatorium des Etudiants » a créé le « Fond de garantie des envois en cure » dont nous avons parlé plus haut et qui permet de régler les frais de séjour des malades hospitalisés d'urgence avant d'avoir obtenu une prise en charge régulière.

Mai 44 : un an après le premier dépistage, hémoptysie. Examen radiologique « comparable aux précédents ». Il poursuit son activité sans surveillance.

Juillet 45 : nouvelle hémoptysie. Repos à la campagne.

Novembre 45 : « lésions bilatérales ». Tubage positif.

Janvier 46 : entre au Sanatorium. Graphie : nodules flous d'homogénéité douteuse bilatéraux. Tomo : pas d'image cavitaire précise. Tubages positifs par intermittences. Une cure intégrale est décidée, dans l'espoir, soit de voir s'améliorer un des champs pulmonaires, soit de préciser ultérieurement l'origine des bacilles. Au moment où l'on se décide à tenter un pneumothorax droit, le malade refuse le traitement et quitte le Sanatorium.

Ce malade s'est révélé sans doute particulièrement indocile, mais nous n'en pensons pas moins qu'un examen systématique pratiqué en radioscopie au début de la maladie alors qu'il n'avait que des lésions unilatérales, aurait permis de le persuader de faire une cure immédiate qui l'aurait rendu guéri, à une vie sensiblement normale.

Au lieu de cela, les examens anonymes dont le compte rendu lui a été transmis tardivement, n'ont entraîné que le « repos à la campagne » tout illusoire, avec l'arrêt partiel mais renouvelé des études, pour finir par un séjour au sanatorium trois ans après le dépistage initial, avec des lésions aggravées.

Telles nous apparaissent les tuberculoses à traitements retardés.

*
**

Quelles conclusions tirer de nos chiffres?

C'est tout d'abord que 40 % des malades dépistés à la médecine préventive et en traitement en sanatorium n'ont fait la preuve de leur tuberculose qu'après un délai d'observation de 10 mois environ. Mais l'évolution n'en apparaît pas moins; et c'est le rôle de la prévention que de dépister et de surveiller ceux qui sont susceptibles d'évoluer pour les traiter en temps voulu. Ajoutons encore que pendant ces 10 mois, sous surveillance médicale ambulatoire, ils ont pu travailler et n'ont pas suspendu leurs études.

Par contre, plus du tiers (38 %) de nos dépistés ont été hospitalisés précocement, leur tuberculose étant d'emblée évolutive. Seraient-ils les seuls à bénéficier de la médecine préventive, que celle-ci aurait largement rempli son rôle.

Enfin, 15 % environ représentent les « fuites » de la médecine préventive, ceux qui n'ont pas tenu compte des avertissements ou qui ont été mal conseillés. En fait, leur nombre doit être plus grand encore puisqu'ils négligent la maladie et refusent l'hospitalisation. On en retrouverait certainement quelques-uns si on se donnait la peine d'interroger conscien-

cieusement les grands malades qui encombrent certains services des hôpitaux. C'est en perfectionnant encore les services de médecine préventive que l'on diminuera le nombre de ces malades négligents qui viennent trop tardivement se faire traiter.

*
**

D. — REFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES ETUDIANTS DEPISTES.

Ces tuberculoses dépistées précocement avant toute symptomatologie posent à chaque instant des problèmes thérapeutiques délicats, car le médecin, comme l'ours de la fable, risque d'employer des moyens de traitement hors de proportion avec les dangers qui menacent son client. Et pourtant, il ne faut pas laisser passer l'heure de la thérapeutique efficace, faute de quoi l'intérêt de la médecine préventive disparaît de lui-même.

Lésions non homogènes - Pneumothorax impossible.

Trois de nos malades avaient dans leurs antécédents ou au moment de leur arrivée au sanatorium des images d'homogénéité douteuse, assez localisées, pour lesquelles il n'avait pas encore été institué de collapsothérapie malgré la présence de bacilles (Pneumothorax longtemps différés, puis impossibles).

Sans doute, l'extra-pleural vient-il actuellement par sa sécurité opératoire et post-opératoire résoudre le dilemne du médecin qui hésitait à faire thoraquer son malade pour des lésions aussi limitées; mais souvent aussi, celui-ci hésite à se faire opérer et demande à attendre. Il n'est d'ailleurs pas jusqu'à la cure de « bed-rest » des Américains qui ne vienne inciter le médecin à temporiser; et pourtant...

Sav..., 23 ans, étudiant en Droit :

Février 43 : dépistage d'une opacité circulaire de la surface d'une pièce de 5 francs dans la région sous-claviculaire droite. Homogénéité douteuse, sans plus. Repos dans sa famille à Nantes.

Octobre 43 : reprise partielle du travail.

Mai 44 : aggravation. Les tomographies précisent deux cavités de la surface d'une pièce de 50 centimes à la place de la tache primitive. Repos en famille.

Septembre 45 : nouvelle cavité à côté des deux premières. Les lésions sont en pleine évolution et gagnent toute la moitié supérieure du champ pulmonaire. Pneumothorax impossible.

Novembre 45 : les premiers examens de crachats sont pratiqués à l'occasion de son admission à la clinique de pré-cure. Ils sont négatifs.

Février 46 : entre au Sanatorium. Les diverses séries de coupes tomographiques ne permettent pas de retrouver les cavités primitives. Les graphies successives montrent une nette tendance à la rétraction des lésions. Tubages régulièrement négatifs.

Juillet 47 : transfert en post-cure.

En conclusion, il s'agit d'une tuberculose primitivement localisée et apparemment bénigne, traitée par le repos tout relatif que constitue la cure « en milieu familial » ou « à la campagne ». Deux ans après, au moment où l'on assiste à une flambée inquiétante, il est trop tard pour tenter le pneumothorax. Finalement, deux années de cure sérieuse permettent une fermeture inespérée des cavités primitives, à condition de rester sous la surveillance d'un établissement de post-cure.

Au total, quatre années perdues avec les alternatives de cure partielles et de reprise partielle d'activité pour aboutir à une stabilisation des lésions, stabilisation bien précaire encore puisqu'elle justifie toujours la surveillance d'un établissement de soins.

Encore convient-il d'être satisfait de ce résultat, car bien souvent on assiste à l'émission intermittente de bacilles ou même à la réouverture de la cavité :

Dul..., 35 ans :

Octobre 45 : rechute gauche d'une tuberculose datant de 9 ans, encore traitée par pneumothorax. Pneumothorax gauche créé aussitôt, mais abandonné bientôt parce que contro-électif; cavité du sommet de la surface d'une pièce de 5 francs. Diminution rapide du volume de la cavité au cours de l'abandon du pneumothorax.

Novembre 46 : envoyé dans un centre chirurgical pour thoracoplastie, le malade en revient sans intervention, sous prétexte qu'on ne retrouve pas la cavité à la tomographie et que les examens sont négatifs.

Cure pendant un an au Sanatorium universitaire, au cours de laquelle tous les examens de crachats sont négatifs... sauf un dernier positif, quinze jours avant la date prévue pour le départ!

Radiologiquement, on ne peut toujours pas affirmer l'homogénéité des lésions...

Cette observation nous paraît montrer toute la précarité de la fermeture spontanée d'une caverne, malgré une cure sérieusement suivie.

Nous relevons trois cas semblables dans nos dossiers :

Ago..., 23 ans, Beaux-Arts :

Mai 43 : dépistage systématique de lésions bilatérales, à l'Université de Marseille.

Juillet 43 : admis à Saint-Hilaire-du-Touvet. Graphie : cavité sous-claviculaire gauche au milieu d'un foyer de nodules. Taches rétro-claviculaires droites. Pneumothorax gauche impossible. Cure intégrale de trois mois qui amène une amélioration gauche, mais une extension des images droites.

Octobre 43 : création d'un pneumothorax droit. Persistance de la cavité gauche. Le malade refuse l'extra-pleural.

Mai 45 : les lésions gauches se nettoient lentement, même à la tomographie. Départ en post-cure.

Juin 46 : réapparition de la cavité gauche. Admission au Sanatorium universitaire. L'absence de bacilles à l'examen confirme le malade dans son refus de l'extra-pleural.

Juillet 47 : la cavité a disparu par la simple cure. Départ en post-cure.

En somme, deux années de cure sérieuse permettent de fermer une cavité qui réapparaît à l'occasion d'une année de reprise d'activité sous le régime de post-cure. Au total, quatre années presque entièrement perdues pour en arriver à un régime de post-cure avec gros risques de voir réapparaître la cavité. Nous sommes persuadés que ce malade devra être opéré à l'occasion d'une nouvelle rechute qu'il aurait évité ainsi que les autres en acceptant l'intervention dès 1943.

Ces quelques exemples nous portent à croire que dans les cas assez rares où la cavité se ferme par une cure simple, celle-ci doit être très stricte et prolongée. Là où un pneumothorax aurait permis de fermer une cavité en six mois, la cure simple devra être prolongée au moins un an.

D'ailleurs, bien souvent, cette fermeture spontanée de cavité n'est qu'illusoire : radiologiquement, et même à la tomographie, la cavité peut ne plus être apparente, mais on continue de trouver des bacilles par intermittence dans l'expectoration, d'où risques de réensemencement en cas de reprise prématurée de travail, indépendamment du risque de contamination de l'entourage.

Enfin, quand bien même cette fermuture spontanée paraîtrait solide après une cure prolongée, on assiste trop souvent à sa réouverture à l'occasion de la reprise de l'activité. Réouverture plus ou moins précoce sans doute, mais entraînant toujours la nécessité d'une nouvelle cure, elle aussi prolongée et très stricte. Finalement, après plusieurs cures prolongées entrecoupées de reprises partielles et souvent très brèves de travail, après plusieurs années ainsi perdues, pendant lesquelles le malade estime (et c'est bien naturel de sa part) « tenter sa chance de la fermeture spontanée », on en arrive à la collapsothérapie chirurgicale par laquelle on aurait dû commencer pour éviter de courir les risques de l'ensemencement.

Pourtant, il faut bien opposer à ce principe de collapsothérapie chirurgicale précoce les observations de malades

opérés convenablement, sur de bonnes indications, qui conservent un bon état général, mais crachent encore des bacilles :

Lub... Pierre, 36 ans, étudiant en Droit :

Début en 1941 : pleurésie droite.
Novembre 42 : début pseudo-grippal d'une tuberculose d'emblée bilatérale, avec cavité droite probable.
Février 43 : pneumothorax droit impossible. Création d'un pneumothorax gauche.
Novembre 43 : entre à Saint-Hilaire-du-Touvet. Graphie : cavité droite. B.K. = +. Laryngite.
Juin 44 : thoracoplastie droite de cinq côtes. Bon pneumothorax gauche. Tubages négatifs d'emblée.
Février 46 : entre au Sanatorium universitaire. Graphie : à gauche, poumon fixé au médiastin sous la clavicule, lobe supérieur bien rétracté avec zone lésionnelle parfaitement homogène; à droite, dans le moignon sous-thoraco, images très denses, sans aucune zone suspecte. Tubages négatifs. V.S. : 1 - 2. Etat général excellent. Poids stable : 60 kgs pour 1 m. 65.
Janvier 47 : cobaye positif.
Mars 47 : expectoration bacillifère à l'examen direct à plusieurs reprises. Graphie : pas de changement. Tomographies : aucune image suspecte. Bronchoscopie : pas de lésions bronchiques. Prélèvement droit positif. Etat général toujours excellent.
Août 47 : toujours même état, avec bacilles dans l'expectoration. On autorise une reprise d'activité à mi-temps dans le cadre du Sanatorium.

En somme, excellente thorascoplastie faite dans de bonnes conditions et permettant une négativation de l'expectoration pendant deux ans et demi. Mais, au cours de la cure de consolidation, réapparition des bacilles sans que l'on puisse en déceler l'origine.

Aux objections contre la collapsothérapie chirurgicale précoce que peut présenter une telle observation, nous répondrons que si les cracheurs de bacilles existent, il n'en reste pas moins que l'évolution sous thoracoplastie est exceptionnelle, comparée au risque d'évolution beaucoup plus grand d'une lésion excavée non collabée et mal fermée par une simple cure de repos même prolongée.

Toutes les indications opératoires sont d'ailleurs cas d'espèces dans la discussion desquels interviendront non seulement le type même de la lésion, après une mise en observation sérieuse, mais aussi la notion des conditions matérielles dans lesquelles le malade sera appelé à vivre ultérieurement : On peut tenter d'éviter une intervention à l'étudiant qui terminera ses trois années de licence en famille dans d'excellentes conditions matérielles, que l'on devra proposer l'intervention précoce

à celui qui est appelé à travailler pour assurer la « matérielle » pendant ses années d'études.

Les indications du pneumothorax et son rendement.

Si on conçoit qu'il puisse y avoir une hésitation à proposer la collapsothérapie chirurgicale précoce, par contre il ne doit y avoir aucune hésitation en ce qui concerne le pneumothorax.

Nous avons proposé, et presque toujours pratiqué, le pneumothorax chaque fois qu'une cavité était évidente, chaque fois qu'il y avait lésions unilatérales sans cavité mais avec bacilles persistants dans l'expectoration, chaque fois enfin qu'un malade présentait, avec des nodules sans bacilles, des signes d'évolution, après une mise en observation de 2 à 3 mois.

Si nous comparons le nombre de mois de cure nécessaires à traiter les lésions par pneumothorax, au temps mis à améliorer ou stabiliser des lésions sensiblement identiques par la simple cure (le pneumothorax étant impossible ou refusé par le malade), nous obtenons, sur cent malades, une durée moyenne de neuf mois de cure pour les lésions non collabées, contre sept mois seulement pour les pneumothorax.

Sans doute, la différence de deux mois en faveur du pneumothorax paraît-elle minime, mais il faut tenir compte du fait que nous ne nous sommes occupés que des dossiers de malades sortis, alors que bon nombre de malades entrés pour des lésions nodulaires impossibles à collaber par pneumothorax sont encore en traitement au sanatorium.

Cette statistique serait à reprendre avec des délais supérieurs aux nôtres, limités par le temps de fonctionnement restreint d'établissements tout jeunes encore.

Nous pouvons encore éudier l'évolution de la tuberculose sans preuve bactériologique en comparant les résultats entre les malades ayant bénéficié d'un collapsus et ceux qui n'en ont pas eu :

Pour 26 malades présentant des lésions sans bacilles, nous comptons 19 améliorations nettes dont 12 traitées par pneumothorax et 7 par cure simple.

Au contraire, 6 malades ne paraissent pas avoir radiologiquement bénéficié de leur séjour au sanatorium : Un seul était traité par penumothorax; les 5 autres s'étaient contentés de la cure simple.

Enfin, 2 malades ont présenté des aggravations : Ni l'un ni l'autre ne bénéficiaient du collapsus.

C'est forts de ces statistiques que nous n'avons pas hésité à pratiquer 14 fois des pneumothorax sur des tuberculoses cavitaires, ou simplement d'homogénéité douteuse, malgré des analyses bactériologiques négatives. Nous agissions là

selon les directives précisées par Douady et S. Trocmé dans leur communication de 1942 : « Faut-il étendre les indications du pneumothorax aux formes apparemment bénignes de la tuberculose pulmonaire? » Si les idées développées dans cet article ont provoqué quelques remous à l'époque, aujourd'hui tout le monde paraît d'accord pour penser avec ces auteurs que « le diagnostic de tuberculose une fois établi, on fait courir au malade un risque indéniable en se refusant à créer un pneumothorax sous prétexte que la tuberculose est latente ou pour le seul motif que l'on n'a pas pu déceler le bacille de Koch. Les tuberculoses dites « radiologiquement bénignes » relèvent de la méthode de Forlanini qui trouvera là un accroissement indispensable de son rendement médical et social, à l'exception d'atteintes minimes (tache unique, petit groupe de taches, travées très localisées) qui doivent faire l'objet d'une discussion ».

En conclusion, nous pensons avoir montré au début de ce chapitre que dépistage systématique ne supposait pas forcément tuberculose bénigne, et qu'un pourcentage important de nos malades, envoyés par les services de médecine préventive, sont des évolutifs dont l'état nécessite d'emblée des traitements actifs.

Si le pneumothorax est l'arme efficace dont il convient d'user largement à chaque fois qu'il est possible, il nous paraît tout aussi justifié d'avoir recours à la chirurgie (et plus encore depuis que la technique bien codifiée de l'extra-pleural donne toute satisfaction) lorsque le pneumothorax est impossible.

Le « bed-rest » des Américains n'est pas à négliger pour cela, mais il nous semble que d'une part les délais nécessaires à rendre cette cure efficace et la précarité des fermetures spontanées de cavités d'autre part, sont autant d'arguments en faveur des interventions chirurgicales, quitte à ce qu'elles soient préparées dans certains cas de tuberculoses très évolutives par une cure silencieuse et alitée intégrale dont nous usons largement.

Par cette manière d'agir nous pensons achever de compléter l'œuvre de la médecine préventive, en instituant un traitement efficace capable de remettre solidement et rapidement sur pied des sujets dont l'avenir est encore à faire.

CHAPITRE IV

Les Activités intérieures

En ce qui concerne la vie intérieure dans les maisons de cure universitaires, deux principes ont été adoptés :

éviter l'oisiveté chez les malades,
leur permettre de garder contact avec le monde extérieur.

Nous allons montrer comment, dans la vie quotidienne, il est possible d'atteindre ces deux objectifs.

A. — HORAIRE

8 h. 30	Lever.
	Toilette. Petit déjeuner.
9 h. 30	Cure de travail d'une durée de deux heures. Allongé sur sa chaise de cure, l'étudiant se consacre à ses études.
12 h. 30	Déjeuner.
14 h.	Cure de silence, d'une durée de 2 heures. Lecture tolérée.
16 h.	Goûter.
17 h.	Cure du soir, durée d'une heure.
19 h.	Dîner.
21 h, 30 l'hiver 22 h. l'été	coucher.

En dehors des 10 heures de sommeil, des 5 heures de cure et du temps consacré aux repas et à la toilette, il reste donc environ 6 heures réparties en plusieurs tranches pendant lesquelles — tout en respectant la liberté de chacun — il fallait éviter de laisser le malade livré à lui-même.

Ainsi que nous allons le voir, mis à part les rares malades astreints à la cure intégrale, les pensionnaires ont le choix entre de nombreuses activités.

B. — L'A. G. E. S.

Etant donné que le recrutement se fait exclusivement parmi les étudiants, il était facile d'appliquer la conception du « sanatorium corporatif » avec tous les avantages qu'elle comporte.

Le fait le plus concret aux yeux du nouvel arrivant en est l'adhésion à l' « Association Générale des Etudiants en Sanatorium » (A.G.E.S.), moyennant une cotisation minime.

Fondée il y a une quinzaine d'années au sanatorium de Saint-Hilaire-du-Touvet, l'A.G.E.S. possède une section dans chacun des établissements de la Fondation. Chacune de ces sections est administrée par un bureau de délégués, élus périodiquement par les membres. Le bureau comporte un trésorier, un délégué aux loisirs, un à l'accueil, un au service social, et un président. Leurs titres définissent bien leurs fonctions.

Le rôle du bureau est triple :

a) Rapports des étudiants entre eux : en vue du maintient de la solidarité matérielle et morale, de l'organisation des fêtes, etc...;

b) Rapports des étudiants avec la Direction, pour toutes réclamations ou suggestions. Cela permet aux pensionnaires d'avoir un rôle véritablement actif dans la communauté;

c) Rapports avec l'extérieur : réception des nouveaux arrivants, accueil des visiteurs, conférenciers, etc...

L'Association a créé une revue universitaire et littéraire : *Fièvres*, sœur d'*Existence* publiée à Saint-Hilaire. Elle est rédigée en grande partie par les malades, qui ont ainsi la possibilité d'exprimer leurs opinions sur les problèmes qui les préoccupent, et de donner libre cours à certains jeunes talents.

Enfin, l'A.G.E.S. se maintient en relations avec les autres sections de la Fondation et prend part aux délibérations et à l'activité de l'Union Nationale des Etudiants de France. L'ensemble des étudiants en traitement peut ainsi être considéré comme l'équivalent d'un Centre universitaire.

C. — LES ETUDES

C'est dans l'organisation des études au sanatorium que se révèle le plus nettement le caractère corporatif de la vie intérieure.

Dès son arrivée, le malade prend contact avec le directeur des Etudes, qui est un universitaire affecté à ce poste par les services du ministre de l'Education Nationale.

Le directeur des Etudes a pour rôle d'établir la fiche uni-

versitaire, de conseiller chaque étudiant dans le choix de la préparation de ses examens, de le décharger des soucis matériels d'inscriptions et de prendre les initiatives propres à développer les études au sanatorium. Celles-ci sont organisées officiellement avec l'appui de l'Université de Strasbourg. Elles sont obligatoires dans le cadre de la discipline médicale, c'est-à-dire après autorisation du médecin directeur judicieusement accordée sur le vu du dossier médical. C'est dire que l'effort au travail du malade reste toujours strictement surveillé par le médecin.

Le rôle du directeur des Etudes comporte aussi l'entretien et la surveillance de la Bibliothèque des Etudes, qui compte les livres techniques nécessaires à la préparation des principaux examens : traités, manuels, dictionnaires, cours polycopiés (encore qu'il manque beaucoup de volumes indispensables, par suite du manque de crédits).

Enfin, c'est au directeur des Etudes qu'incombe la mission de faire venir, depuis Strasbourg, ceux des professeurs qui consentent à donner des cours au sanatorium même.

C'est encore par l'intermédiaire du directeur des Etudes que, en vue de leur réadaptation, les étudiants sont à même de consulter les fiches, constamment tenues à jour, du Bureau Universitaire de Statistiques et de Documentation Sociale et Professionnelle (B.U.S.).

L'application de la conception des études pendant le séjour au sanatorium permet de réduire au minimum la perte de temps imputable à la maladie. C'est ainsi que presque tous les malades ont pu passer leurs examens dans les délais normaux.

Les résultats sont tout à fait satisfaisants et montrent que cette conception assez originale mérite d'être encouragée.

En effet, la proportion de succès aux examens est au moins aussi forte, sinon davantage, pour les étudiants en sana que pour les autres, ce qui peut s'expliquer par le fait que les étudiants trouvent au sana le calme et une vie régulière qu'ils n'auraient pas aussi facilement à la ville.

Les disciplines qui groupent le plus de malades sont, dans l'ordre :

le Droit,
la Médecine,
les Lettres,
les Beaux-Arts.

D'eux-mêmes, les étudiants se groupent, selon leurs affinités, en Cercles : Cercle de Médecine, Cercle de Droit, etc..., à l'intérieur desquels jouent l'émulation autant que la solidarité. Des locaux spéciaux munis de tables individuelles et de tableaux noirs sont mis à leur disposition.

D. — LES DISTRACTIONS

L'A.G.E.S., la Direction et les étudiants eux-mêmes se chargent de les rendre aussi variées que possible. L'imagination n'est jamais à court, et l'ingéniosité, la bonne humeur des étudiants ne sont-elles pas célèbres?

a) *La bibliothèque générale* offre les ressources de ses nombreux ouvrages de philosophie, critique littéraire, histoire, voyages, etc... La plupart des volumes proviennent de dons divers. La bibliothèque de Friedenweiler est déjà importante, malgré la création récente de la maison. Le service de prêt est très actif, fournissant ainsi la matière à de nombreuses discussions sur tous les sujets, et à un divertissement toujours renouvelé.

b) *Les jeux* de cartes ou d'échecs, dont les malades disposent dans les « salons » qui leur sont réservés, ont également leurs fervents. Les tournois de bridge ou les interminables parties d'échecs passionnent tout le monde.

c) *Les spectacles* comportent :

— **Le théâtre :** pièces écrites, montées et interprétées par les malades, dans des décors et avec des costumes créés par eux avec toute leur ingéniosité et leur goût, sur une scène construite selon les plans des étudiants architectes de la maison. Chaque fête est le prétexte à de semblables réjouissances, sous le bienveillant patronage du médecin directeur, qui n'est pas le dernier à se divertir. Parfois, c'est une troupe française, de passage en zone d'occupation, qui vient, envoyée par l'Office Français de Fribourg, donner une représentation.

— **Les conférences** sont données soit par des malades eux-mêmes, soit par les personnalités les plus diverses des Sciences, des Lettres, des Arts ou de la vie publique, qui ont à cœur de témoigner leur sympathie aux étudiants malades en venant leur rendre visite.

— **Les concerts** sont donnés par des solistes ou de petites formations de musique de chambre, permettant aux étudiants de rencontrer et de connaître des artistes. En dehors de ces séances, trop rares malheureusement, il reste les émissions radiophoniques et les présentations de disques de musique classique ou de jazz.

— **Le cinéma** est la distraction la plus régulière. Les films projetés sur 16 mm., sonores, viennent de France et font l'objet d'un abonnement permettant le choix. Il y a même des actualités. Les uns et les autres ne sont pas toujours très récents, mais il faut si peu pour déclencher le rire, que le spectacle est pour presqu'autant dans la salle.

d) *Les sorties.* — Deux fois par semaine, les malades profitent d'une « cure libre » d'une durée de trois heures, pour faire des promenades et flâner dans les boutiques de Saint-Blasien, d'où ils rapportent ces objets-souvenirs en bois qui sont caractéristiques de la Forêt Noire.

De temps à autre, les plus valides sont autorisés à participer à des voyages collectifs, tels ceux qui ont eu lieu pour Rome, la Tchécoslovaquie, le lac de Constance, etc...

Enfin, la Direction fait son possible pour faciliter la venue et le séjour des parents des malades, qui sont hébergés dans les hôtels de l'endroit.

Il reste encore parmi les distractions, pour ceux qui s'intéressent à la photographie, un petit laboratoire avec tout le matériel nécessaire : cuvettes, tireuses, agrandisseuse.

Enfin, un petit stand ouvre une ou deux fois par semaine, où les étudiants peuvent se procurer de petits articles d'utilité courante : papier à lettres, lames de rasoir, etc...

Accaparé par toutes ces activités, l'étudiant ne peut guère s'adonner à l'ennui. En fait, il y a peu de malades qui ne soient occupés à un petit travail : opérateur de cinéma, gérance du foyer, présidence ou appartenance à un cercle, bibliothécaire, vaguemestre, pharmacien, correspondant de la Revue, acteur de théâtre, machiniste, etc...

Absorbé par ses études et ces menus travaux, le malade voit passer rapidement les longs mois de cure, tout en créant des amitiés où chacun trouve son profit. Aussi, lorsqu'arrive l'instant du départ, la joie de partir guéri est-elle bien souvent nuancée d'une pointe de regret d'avoir à quitter cette ambiance calme et sympathique.

E. — LES ACTIVITES SOCIALES

a) Une *assistante sociale* est envoyée périodiquement par le Comité des Œuvres en faveur de la Jeunesse Scolaire et Universitaire de l'Université de Strasbourg. Son rôle consiste à dépister les situations dignes d'intérêt, en faveur desquelles il est fait appel au Fonds de Secours de la Fondation et aux Fonds du Comité des Œuvres de Strasbourg, à attribuer également des dons en nature (particulièrement des lainages pour l'hiver).

b) Le service social trouve son point d'appui dans les *consultations médico-sociales dues à l'instigation du docteur* Cohen, *de Saint-Hilaire,* au cours desquelles le malade est convoqué chez le médecin directeur. Celui-ci connaît donc à la fois la situation matérielle du malade, d'après son dossier social, et l'état de santé, d'après le dossier médical. Il est

donc bien placé pour conseiller l'étudiant dans ses projets, en vue de la reprise de son travail, ou, au contraire, d'un changement éventuel d'orientation.

Ces consultations réalisent par conséquent l'équivalent d'un Service d'Orientation Professionnelle étayé par les renseignements du B.U.S. et du Service des Emplois mis sur pied par la Fondation. Nombre de malades ont ainsi pu trouver des places d'internes ou d'assistants en sanatorium, des emplois de secrétaires, d'ingénieurs, d'économes, etc... Dans la mesure du possible, la Direction offre, dans la maison même, un emploi de réadaptation au cours duquel on juge la capacité d'effort au travail du malade stabilisé.

c) Les *départs en post-cure* (Villa « Belledonne », à La Tronche (Isère), Maison Universitaire de Post-Cure de Paris, rue Quatrefages, 5e, et son annexe de Sceaux) sont également soumis à l'approbation du médecin directeur. Le système de la post-cure est une création originale en France, dans le domaine de la médecine universitaire. Il permet à l'étudiant de se soumettre pendant quelques temps encore aux garanties d'une vie sanatoriale atténuée (avec continuation de l'aide financière des collectivités) et de reprendre en même temps et progressivement ses cours à l'Université. Il lui assure un régime de transition entre la vie immobile du malade de sanatorium et la vie active de l'étudiant sain, diminuant ainsi sensiblement le danger des rechutes.

Les candidatures en post-cure, toujours supérieures au nombre de lits (140 en tout), sont justifiées :

— pour raisons médicales : lorsque la réadaptation est particulièrement délicate, ainsi que cela se présente chez les porteurs de pneumothorax bilatéral;

— pour raisons sociales : lorsque la situation matérielle de l'étudiant exige une prolongation de la prise en charge;

— pour raisons professionnelles : pour éviter à l'étudiant, obligé par ses études de résider dans une ville de Faculté, les inconvénients et les fatigues de la vie seul, dans une chambre d'hôtel.

F. — CONCLUSION

Grâce à la conception du « sana corporatif » et à l'organisation des études en sanatorium, le temps n'est plus où la tuberculose désorganisait fatalement une vie et s'opposait définitivement aux aspirations du jeune étudiant. Qu'on ne s'imagine donc plus le malade condamné à la chaise de cure durant d'interminables mois, en proie à l'ennui, qui finissait

par devenir une vraie maladie, minant le moral. Une fois sortis de l'établissement, la plupart des malades restent en contact avec la Fondation, tiennent les médecins au courant de leur santé ou de leurs activités.

Cette fidélité et cette solidarité trouvent leur expression officielle dans l'Association Guy-Renard, qui groupe les anciens malades et les amis des œuvres universitaires en faveur de la santé de l'étudiant.

L'Association Guy-Renard se propose :

1° De porter aide et assistance aux anciens malades de la Fondation, en mettant à leur disposition une caisse d'entr'aide et un service d'emplois;

2° D'aider l'A.G.E.S. dans son action à l'intérieur de la Fondation;

3° De promouvoir et soutenir les œuvres en faveur de la santé des étudiants, en dehors du problème de la tuberculose et de la cure.

Si la maladie elle-même reste encore à vaincre, au moins les infortunes sociales et personnelles qui lui étaient attachées sont-elles conjurées. Les maisons d'étudiants restent une belle réussite, une innovation aussi, puisque rien de similaire n'existe dans les autres pays, sauf :

en Pologne, où 100 lits sont réservés aux étudiants dans le sanatorium de Zakopane,
en Chine (60 lits au sana Yenan),
en Suisse (un petit sanatorium).

Encore faut-il bien spécifier que dans aucun de ces trois établissements, la conception du sana corporatif n'a reçu un développement semblable à celui que lui a donné la Fondation Sanatorium des Etudiants.

Conclusions

I

Les établissements de cure universitaires français en Allemagne ont été créés en 1946, à l'instigation de la Fondation « Sanatorium des Etudiants de France », grâce au Service de Santé de la Première Armée et avec le concours de la Croix-Rouge Française.

Ils comprennent :

Le Sanatorium Jacques ARNAUD, de Saint-Blasien.
Le Sanatorium annexe de Friedenweiler
Le Préventorium de Menzenschwand

qui groupent 240 lits d'hospitalisation.

— La gestion est tenue par la Croix-Rouge Française, tandis que le recrutement des malades est assuré par la Fondation Sanatorium des Etudiants.

— Les trois maisons sont confiées à un médecin directeur chargé d'établir les liaisons entre Croix-Rouge et Fondation Sanatorium des Etudiants.

— L'ensemble de l'organisation est assez complexe, mais rend des services inestimables en regard du nombre important d'étudiants tuberculeux.

II

La médecine préventive universitaire a été organisée par l'ordonnance ministérielle du 18 octobre 1945, qui rend obligatoires les examens radiologiques systématiques.

— Du point de vue technique, le Centre de Médecine Préventive doit comprendre un personnel suffisant et des locaux se prêtant facilement à l'organisation du service.

— Pratiquement, l'interrogatoire n'a que peu d'intérêt; mais la recherche de l'allergie doit se faire par la pratique des intra-dermo-réactions, et l'examen radiologique paraît d'un rendement meilleur par la radioscopie que par la radiophotographie qui ne permet pas le contact direct entre médecin et malade.

— Le dépistage n'est pas toujours suivi des décisions convenables, soit parce que le malade n'attache pas suffisamment d'importance au compte rendu de l'examen, soit parce qu'il a été mal aiguillé ou mal conseillé.

— Le bilan médical est la conséquence indispensable d'un dépistage : Les différents examens qu'il nécessite doivent être pratiqués en un minimum de temps dans un seul et même service.

— La décision qui résulte comporte suivant les cas,

soit un satisfecit, si on a établi la preuve de la non-évolutivité des lésions,

soit une surveillance ambulatoire, si on ne peut affirmer la non-évolutivité des lésions,

soit une demande d'admission (ou une admission d'urgence) dans un établissement de cure, si les lésions sont évolutives.

III

— Le rendement du dépistage n'a cessé d'augmenter en même temps qu'augmentait le nombre des sujets examinés.

— Les dépistés soignés dans les établissements de cure universitaires en Allemagne représentent 23,8 % de l'effectif et comprennent :

2 virages de réactions tuberculiniques
9 complexes primaires
8 pleurésies
39 nodulaires
10 cavitaires.

— Les traitements entrepris chez ces dépistés ont été mis en œuvre :

après surveillance ambulatoire nécessaire à parfaire le bilan après dépistage,

immédiatement, pour les cas urgents,

après des délais préjudiciables, dus à ce que le bilan n'a pas été fait ou a été mal fait après le dépistage.

— Les tuberculoses dépistées précocement ne sont pas toujours bénignes et doivent être traitées avec efficacité :

Sur les lésions bacillaires non homogènes, la cure simple ne semble donner que des résultats transitoires, et on lui préfère, dans les cas de symphyse pleurale, le collapsus chirurgical plus radical et offrant plus de sécurité pour l'avenir.

En cas de plèvre libre, le pneumothorax représente la thérapeutique idéale qui raccourcit le temps de cure et donne le maximum de garantie pour l'avenir.

IV

L'organisation de la vie intérieure dans les établissements de cure universitaires en Allemagne vise à éviter l'oisiveté chez les malades et à leur permettre de garder contact avec le monde extérieur :

Les malades sont groupés au sein d'une « association des Etudiants en Sanatorium » qui maintient l'atmosphère d'une organisation corporative où chacun a son rôle.

Les études sont organisées officiellement avec l'appui de l'Université de Strasbourg. Elles sont obligatoires, dans le cadre de la discipline médicale et les résultats des examens montrent l'efficience du travail en sanatorium.

Le service social s'occupe non seulement des malades en cours de traitement, mais prévoit aussi leur retour à la vie active. Il trouve son point d'appui dans les « consultations médico-sociales » qui peuvent être assimilées à un service d'orientation professionnelle.

Vu,
Le Doyen
de la Faculté de Médecine :
L. BINET.

Vu,
Le Président de thèse :
Etienne BERNARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

J. B. Amberson J.R. — Dividends from tuberculosis control project among students (*Journal Lancet* 60, 186-187, 1940).

Arnaud et Wellhoff. — Formes cliniques et pronostic des tuberculoses découvertes au cours de dépistages systématiques (*Revue de la Tuberculose*, 1944, tome IX, N° 133).

E. Aznarez. — Lucha antutuberculosa universitaria, bases parra la creacion del segura universitario obligatorio contra la tuberculosis y para un antuprojecto de sanatorio universitario argentino en las sierra de Cordoba (*Prensa med. argent.* 26, 681-696, 5 avril 39).

E. Bernard. — La prophylaxie de la tuberculose chez l'étudiant en médecine (*Gaz. des Hôpitaux* N° 23, 26-3-38).

Etienne Bernard. — Traité de phtisiologie humaine. Paris. Masson, 1946.

E. Bernard, Bourgeois et Génévrier. — L'examen systématique radiologique des rapatriés (*Revue de la Tuberculose*, tome IX, 1945).

Roger Bazex. — Des centres universitaires de Médecine Préventive (Thèse de Toulouse, 1938), Imprimerie du Commerce, Toulouse.

Boulanger. — Tuberculose et terrain social (*Revue de la Tuberculose*, 11 mai 1946).

P. Brean. — La tuberculose pulmonaire chez les étudiants en médecine de Harward (*The New Journal of Medecine* 235, N° 10, 5 sept. 1946, p. 315-321).

C. A. R. Counor. — Tuberculous among medical students (*Diplômate* 12, 241-246, oct. 1940).

Chiu Ho et Li. — La fréquence de l'infection tuberculeuse et de la tuberlose pulmonaire sur une enquête portant sur 8.282 Chinois, avec données spéciales concernant les étudiants à Pékin (*The Chinese Med. Journ.* N° 5, nov. 40, p. 556).

Cohen. — Les Sanatoriums professionnels. (*La Santé de l Homme*, 1946, N° 39, page 128).

Cohen, Sors et Delaux. — L'avenir des étudiants en médecine tuberculeux (*Presse Médicale* du 11 octobre 1947).

Darcy, Hart, Hilton, Morland. — La tuberculose chez les étudiants en médecine (*The Lancet*, V. 238, N° 6.076, 10-2-1940, p. 236-269, *Presse Médicale*, N° 62-63, août 40).

G. Dominici. — Resoconto della visita medica clinico radiologica eseguito agli studenti i universitari (*Difesa sociale* 17, 719-745, août 38).

Douady. — La lutte anti-tuberculeuse dans l'enseignement supérieur. Réalisation et perspective. Bouneville (Hte-Savoie).

Douady. — Quelques précisions sur la situation actuelle de l'hygiène scolaire et universitaire (*L'Education Nationale*, 13 mai 1946).

DOUADY. — Un sanatorium corporatif : « Le Sanatorium des Etudiants de France » (*Paris Médical*, 10 février 1942).

DOUADY. — Note inédite sur la Fondation « Sanatorium des Etudiants de France » et l'association « Guy Renard ». 16 août 1944.

DOUADY. — L'organisation du contrôle médical dans l'enseignement et les autres tâches de l'Hygiène scolaire et universitaire. (Exposé au Comité Consultatif de l'H.S.U., le 3 février 1947 - Ministère de l'E.N. - Documents).

D. DOUADY, E. GRUNWALD. — Les examens de médecine préventive des étudiants de l'Université de Grenoble (IX[e] Cong. Nat. tuberc., Lille, 11-12-13 avril 39, in *La Presse médicale*, 26 avril 39, N° 33, p. 635).

DOUADY-TROCMÉ. — Faut-il étendre les indications du pneumothorax aux formes apparemment bénignes de la tuberculose pulmonaire? (*Presse Médicale* N° 9, 10-28-31 janvier 1942).

A. DUFOURT et L. MORENAS. — Sur les constatations de quatre années de dépistage de la tuberculose chez les étudiants de l'Université de Lyon. *Annales d'Hygiène*, N° 3, 1945, p. 74-79).

M. G. HAYES, F. N. MILLER. — Tuberculosis at University of Oregon (*Northvest med.* 36, 48-49, févr. 1937).

G. ICHOCK. — L'examen préventif des étudiants (*Progrès méd.*, p. 1.840-1.843, 16 nov. 1935).

LAURENT. — La médecine préventive universitaire en France. Thèse Paris, 1946).

C. et R. LEBRETON, HAMELIN et CISTERNE. — Rééducation au Sanatorium, placement, aide post-sanatoriale. (Sanatorium Jean Thébaud. Arrens. 1945; Lacrampe, imp. Lourdes).

Y. LE MAZON. — L'attitude de l'étudiant français devant l'examen médical (*Rev. d Hyg. et de Méd. Sociales* 18, 183-186, juin 39).

LE MELLETIER. — La tuberculose en France pendant la guerre (*Revue de la tuberculose*, janvier-février 1946).

LE PEUPLE. — Les Maisons Universitaires de Post-Cure. Thèse. Paris, 1945.

MALTHETE. — A propos de l'âge phtisiogène (*Revue de la tuberculose*, 1946 N[os] 5 et 6).

M. MARSOP. — Remise au travail du tuberculeux. (Rapport de la Sécurité Sociale, 10 mai 47.)

L. MOREL, J. BAUDOT, J. GOURDON. — Fonctionnement du Centre Universitaire de Méd. Préventive (Soc. de Méd. Chir. et Pharm., séance du 21-3-41 in *Toulouse Médical*, N° 2, février 42, p. 200).

MORNAND. — Thèse de Strasbourg 1947.

NELSON. — Les cas de tuberculose pulmonaire radioscopiquement dépistés et leur pronostic immédiat (*Acta tuberculosea Scandinavica*. Suppl. 16 Stockholm).

E. NEUBER. — Wealth examination of first year students at Imperial Hungarian stefan Tisza University in Debreun (*Onosi hetil* 80, 159, 22 févr. 36, 29-2-36).

E. NEUBER. — Gesundhuitliche Durchuntersuchung der erst' yährigen Hochschüler an der Königl Tisza Istvan Universität in Debrocen (*Wien Klin, Wchnoehr* 49, 907-17, juill. 36; 931, 24 juillet 36).

26. S. PALERMO. — Ricerche clinico-radiologische sull' affarato respiratario fra gli studenti della R Universita di Napoli nell' anno 1938-1939 (*Lotta contre la Tuberc.* 10, 880-886, oct. 39).

S. Palermo. — Ricerche clinico-radiologische sull' apparato respiratario N° 10 nov. 46, p. 7-9. (Résultats des examens 1946.)

J. Parisot-P.-L. Drouet. — Le centre de médecine préventive de l'Université de Nancy (*Rev. d Hyg. et de Méd.*, sov. 18, 187-192, june 1939).

J. R. Paul. — Medecine preventive at Yale University School of Medicine (*Yale J. Biol. et Med.*, 13, 253-258, dec. 1940).

Perus. — Organisation des Sanatoriums Français de la 1re Armée en Forêt-Noire (*Presse médicale*, 1945, N° 53).

F. Piechaud. — Rôle des Comités antituberculeux départementaux d'entr'aide et d'éducation sanitaire. (Xe Congrès de la Tuberculose, Strasbourg, 1948).

Rist. — La tuberculose des étudiants en médecine (*Schweizerische Zeitschrift für Tuberulose*, 1947, N° 2, S. 94-117).

Rist. — Sanatorium for School-Children (Grade and High School) (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, 12 nov. 1945).

Robin. — L'insuffisance des Maisons d'Etudiants en regard du problème de la communauté étudiante (*Revue « Existences »*, 1946, N° 38).

Rosier. — Le service médical universitaire en France (Rapport sur le Service Médical à l'Université Zurich, mai 1939).

W. B. Soper-J. L. Wilson. — Seven years experience in roentgenographic and tuberculin detection of pulmonary tuberculosis among 10.633 students entering Yle University (*Tr. Am. Clin. and Climatol. A*, 1937, 53, 15-27, 1939).

M. Zamora. — Résultados del primer ano de examen médico preventico en la Universidad de Chile (*Rev. Méd. de Chile*, 65, 381-401, juin 1937).

— *Bulletins d'Information* de la Fondation « Sanatorium des Etudiants »,
N° 7 Avril 46, p. 5-6.
N° 9 oct. 46 (A.G.E.S. et Guy Renard).
N° 10 nov. 46, p. 7-9.
Résultats des examens 1946.

*IX*e *Congrès de la Tuberculose*, Lille. — La prophylaxie antituberculeuse par les examens systématiques.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 15

CHAPITRE PREMIER

ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS DE CURE UNIVERSITAIRES

A) *Le Sanatorium universitaire de Saint-Blasien :*

a) Situation, accès 17
Carte des Etablissements de Cure universitaires français dans le Pays de Bale 18
b) Climat 19
c) Population 19
d) Le Sanatorium 19

B) *Le Sanatorium annexe de Friedenweiler :*

a) Situation, accès 22
b) Climat 22
c) Population 23
d) Le Sanatorium 23

C) *Le Préventorium de Menzenschwand :*

a) Situation, accès 25
b) Climat 25
c) Population 25
d) Le Préventorium 25

D) *Fonctionnement administratif et médical :*

a) La gestion des établissements 27
b) Le personnel 27
c) La Direction 28

E) *Critique de l'organisation :*

Inconvénients 30
Remèdes 31
Avantages 31

Conclusion 32

CHAPITRE II

LE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE UNIVERSITAIRE

A) *Organisation administrative :*

a) Réglementation et organisation générale 34
b) Financement 34
c) Fonctionnement des services 35
d) Du point de vue pratique 35
— obligation 35
— sanction 35
— convocation 36
— lieu 36
— propagande 37

Pages

B) *Organisation technique :*

1) Le personnel 38

2) Les locaux (fonctionnement pratique) 39

Schéma du Service de Médecine préventive : Rez-de-chaussée 39

» » » » Premier étage.. 41

3) Problèmes spécifiques du dépistage 41

— interrogatoire 41

— recherche de l'allergie 42

— radioscopie - Radiophoto 44

4) Conséquences du dépistage 46

a) Suite du dépistage 47

b) Bilan médical 48

c) Décisions thérapeutiques 50

CHAPITRE III

Rendement du dépistage

A) *Le rendement de la médecine préventive* 53

B) *Les dépistés dans les établissements de cure universitaires en Allemagne* 54

— Définition du dépisté 54

— Observations 55

Virages des réacti 56

Complexes primaires 56

Pleurésies 58

Nodulaires 59

Cavitaires 61

C) *Traitements institués chez les dépistés* 64

— Délais de mise en œuvre du traitement 64

— Surveillance ambulatoire 64

— Traitements immédiats 65

— Traitements retardés 65

D) *Réflexions sur le traitement de la tuberculose chez les étudiants dépistés* 67

— Lésions non homogènes - Pneumothorax impossible. 67

— Les indications du pneumothorax et son rendement. 71

— Conclusions 72

CHAPITRE IV

Activités intérieures

A) *Horaire* 75

B) *L'A. G. E. S.* 76

C) *Les études* 76

Pages

D) *Les distractions :*

a) Bibliothèque 78
b) Jeux 78
c) Spectacles 78
d) Sorties 79

E) *Les activités sociales :*

a) L'assistante sociale 79
b) Les consultations médico-sociales 79
c) La post-cure 80

F) *Conclusion* 80

CONCLUSIONS 83

BIBLIOGRAPHIE 87

IMPRIMERIE DE MONTROUGE
55 bis, Rue Périer, MONTROUGE (Seine)